Melissa Catrini • Maria Francisca Lier-DeVitto
Lúcia Maria Guimarães Arantes • Juliana Marcolino-Galli
Ana Augusta Monteiro
ORGANIZADORAS

25 *anos de* CLÍNICA DE LINGUAGEM

um traçado, novas perspectivas

EDUFBA

25 anos de Clínica de Linguagem: um traçado, novas perspectivas

Melissa Catrini
Maria Francisca Lier-DeVitto
Lúcia Maria Guimarães Arantes
Juliana Marcolino-Galli
Ana Augusta Monteiro
(orgs.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CATRINI, M., LIER-DEVITTO, M. F., ARANTES, L. M. G., MARCOLINO-GALLI, J., and MONTEIRO, A. A., eds. *25 anos de Clínica de Linguagem*: um traçado, novas perspectivas [online]. Salvador: EDUFBA, 2025. 348 p. ISBN: 978-65-5630-932-3. https://doi.org/10.7476/9786556309323.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimento 4.0.

25 *anos de* CLÍNICA DE LINGUAGEM

um traçado, novas perspectivas

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor
Paulo Cesar Miguez de Oliveira

Vice-reitor
Penildon Silva Filho

EDUFBA

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora
Susane Santos Barros

Conselho Editorial
Titulares
Angelo Szaniecki Perret Serpa
Caiuby Alves da Costa
Cleise Furtado Mendes
Evelina de Carvalho Sá Hoisel
George Mascarenhas de Oliveira
Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté
Mônica Neves Aguiar da Silva

Suplentes
José Amarante Santos Sobrinho
Lorene Pinto
Lúcia Matos
Lynn Alves
Paola Berenstein Jacques
Rafael Moreira Siqueira

fapesb
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia

GOVERNO DO ESTADO
BAHIA
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

Melissa Catrini
Maria Francisca Lier-DeVitto
Lúcia Maria Guimarães Arantes
Juliana Marcolino-Galli
Ana Augusta Monteiro

Organizadoras

25 *anos de* CLÍNICA DE LINGUAGEM

um traçado, novas perspectivas

Salvador | Edufba | 2025

2025, autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba.
Feito o Depósito Legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Coordenação editorial
Cristovão Mascarenhas

Coordenação gráfica
Edson Nascimento Sales

Coordenação de produção
Gabriela Nascimento

Assistente editorial
Bianca Rodrigues de Oliveira

Vetores e textura
Freepik

Capa e projeto gráfico
Miriã Santos Araújo

Revisão e normalização
Cristovão Mascarenhas

Sistema Universitário de Bibliotecas - UFBA

25 anos de Clínica de Linguagem : um traçado, novas perspectivas / Melissa Catrini... [et al.], organizadoras. – Salvador : EDUFBA, 2025.
348 p.

Contém biografia.
ISBN: 978-65-5630-828-9

1. Aquisição de linguagem. 2. Distúrbios da linguagem. 3. Linguagem. 4. Linguística. 5. Fonoaudiologia. I. Catrini, Melissa.

CDD 401.93

Elaborada por Selma Matos CRB-5: BA-001001

Editora afiliada à

ASOCIACION DE EDITORIALES UNIVERSITARIAS DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Associação Brasileira das Editoras Universitárias

Editora da UFBA
Rua Barão de Jeremoabo
s/n – *Campus* de Ondina | 40170-115 – Salvador, Bahia
Tel.: +55 71 3283-6164 | edufba@ufba.br | edufba.ufba.br

Sumário

Prefácio 9
Maria Francisca Lier-DeVitto

Apresentação 15
Lúcia Arantes, Melissa Catrini e Juliana Marcolino-Galli

PARTE I: UM TRAÇADO

Capítulo 1 – Sobre o atendimento de sujeitos afásicos na Clínica de Linguagem 33
Suzana Carielo da Fonseca

Capítulo 2 – A marca do caso e o corpo na Clínica de Linguagem 55
Melissa Catrini

PARTE II: CLÍNICA DE LINGUAGEM COM ADULTOS

Capítulo 3 – Avaliação de linguagem e direção de tratamento em um caso de Demência de Alzheimer 73
Juliana Marcolino-Galli e Maria Francisca Lier-DeVitto

Capítulo 4 – O idoso demenciado e a institucionalização: organismo e subjetividade 87
Mariana Elza Tomaselli Emendabili

Capítulo 5 – A escrita autobiográfica de Cardoso Pires e Luciana Scotti: efeito desses relatos para a Clínica de Linguagem 101
Michelly Daiane de Souza Gaspar Cordeiro

Capítulo 6 – Narrativas autobiográficas no atendimento de afásicos: escrever para viver 115
Sabrina Pereira dos Santos

Capítulo 7 – Um falante entre cenas: sobre a natureza intrigante de um sintoma na fala 123
Luciana Branco Carnevale

PARTE III: CLÍNICA DE LINGUAGEM COM CRIANÇAS

Capítulo 8 – A posição do clínico de linguagem frente à demanda para o tratamento de crianças com quadros graves de psicopatologia 141
Mariana Trenche de Oliveira

Capítulo 9 – O diagnóstico precoce de TEA e a Clínica de Linguagem 157
Ana Carolina Prisco

Capítulo 10 – Sobre a interpretação na Clínica de Linguagem com crianças 171
Brenda Sousa

Capítulo 11 – Clínica de Linguagem: o brincar como texto 185
Paola Lurian Silva

Capítulo 12 – Clínica de Linguagem e saúde mental: experiências num centro de atenção psicossocial infantojuvenil 203
Fernanda Fudissaku

PARTE IV: CLÍNICA DE LINGUAGEM E EDUCAÇÃO

Capítulo 13 – O ensino-aprendizagem de língua portuguesa para surdos: uma questão interrogante 223
Silvana Zajac e Lúcia Arantes

Capítulo 14 – Clínica de Linguagem e impasses escolares de crianças com deficiência que não falam 243
Tatiana Lanzarotto Dudas

Capítulo 15 – Sujeitos com PC impedidos de
oralizar e a Comunicação Suplementar e Alternativa:
a Clínica de Linguagem e seus efeitos 261

Roseli Vasconcellos

PARTE V: CLÍNICA DE LINGUAGEM E PSICANÁLISE

Capítulo 16 – Entre tropeços e contradições,
um sujeito que pode falar de si 275

Amanda Mont'Alvão Veloso Rabelo

Capítulo 17 – Entretecendo os significantes "mulher" e "palavra" 291

Eliane de Christo

Capítulo 18 – Discurso médico e diagnósticos *on-line* 305

Ana Augusta Monteiro

PARTE VI: NOVAS PERSPECTIVAS

Capítulo 19 – Projeto Entrelaços: sobre contribuições e limites
da Clínica de Linguagem no atendimento a crianças autistas 321

Lourdes Andrade e Maria Francisca Lier-DeVitto

Capítulo 20 – Sintoma na fala: manifestações de lalíngua? 333

Lúcia Arantes e Maria Francisca Lier-DeVitto

Sobre as autoras 343

Prefácio

A Clínica de Linguagem completa 25 anos de trabalho comprometido com a construção teórica sobre falas sintomáticas, mola propulsora do delineamento de um espaço clínico consistente e original. Consistente porque faz de falas sintomáticas "proposição problemática", nos termos de Jean-Claude Milner (2017). A Clínica de Linguagem suspende a naturalidade de sua estranheza recoberta sob menção a "falas patológicas" e as reveste de opacidade. Em outras palavras, interrogar a transparência que satisfaz a intuição do senso-comum foi impulso inaugural da Clínica de Linguagem. Ora, tornar falas sintomáticas proposições problemáticas foi compromisso primeiro de fonoaudiólogas pesquisadoras muito bem formadas em Linguística, para quem "linguagem" era, de partida, "mistério", objeto misterioso, cativante, de um domínio teórico bem definido – a Linguística. A consistência impressa na construção da Clínica de Linguagem é tributária da convicção de que "linguagem" não se dá a ver ou escutar a olhos ou ouvidos nus, como se apreende no *Curso de Linguística Geral de Saussure* (2006), aliás autor de fundo da Clínica de Linguagem. Quero sublinhar, com isso, que a Clínica de Linguagem assumiu linguagem e, consequentemente, falas sintomáticas como "proposições problemáticas".

Se a teoria marca o corpo do investigador, define seu olhar e escuta, define sua posição frente ao fenômeno

interrogado (Carvalho, 1985), ela marca, igualmente, o corpo do clínico. A escuta clínica não é qualquer, ela vem de compromisso teórico explicitamente assumido. A outra marca da Clínica de Linguagem: sua originalidade, sua presença singular nos cenários acadêmico e clínico voltados a falas sintomáticas, decorre do reconhecimento da reflexão insubordinada e criteriosa de Cláudia de Lemos (1982, 1992) sobre relevância teórica do erro no tratamento descritivo e explicativo de falas de crianças. O erro adquire centralidade na teorização sobre as mudanças que ocorrem no percurso da criança de infante a falante de uma língua materna. Falas de crianças são erráticas, quando tudo caminha bem, tendem à estabilização esperada. Falas sintomáticas, não. Cristalizam-se em uma mobilidade anômala e desconcertantemente heterogênea, isso quando a função da fala não está profundamente prejudicada.

Migramos, com essa observação, para o lado do sintoma e da clínica, para o lado de lá do ideal de que todas as crianças serão falantes. Falas sintomáticas fazem furo nesse ideal (Lier-DeVitto; Andrade, 2011). Se a inclusão do "erro" faz ruído no projeto da área de Aquisição da Linguagem, o Interacionismo, que deu relevo ao erro na fala de crianças, não introduziu, nessa reflexão, as falas sintomáticas. Nesse ponto de corte, nasce a Clínica de Linguagem. Nasce, portanto, sob o peso de definir o que faz uma fala ser sintomática, aquelas que marginalizam um falante e que chegam à clínica. Falas de crianças e falas de adultos dão margem à distinção entre Clínica de Linguagem com crianças, que, por alguma via, descarrilaram, e Clínica de Linguagem com adultos, que, por outras razões, se atordoam e se desconcertam frente ao que escutam do que podem dizer na sua própria língua. Os capítulos deste livro comemorativo tratam de questões inerentes a cada uma dessas duas clínicas e mostram o formato teórico-clínico solidamente instituído nesses 25 anos.

Há, mesmo, o que comemorar. Sim, festejar não só uma aventura intelectual, trilhada em meio a exigências e desafios acadêmicos, como também a forte amizade que nos uniu neste percurso. A Clínica de Linguagem é, portanto, fruto da aventura de um grupo desejante e envolvido num projeto intelectual e clínico. Celebrar essa convergência com um livro é erigir um monumento, um marco histórico, que registra, em seu volume denso, marcas de um percurso bem sedimentado. Marcas, estas, que trazem o embrião do que está por vir, dando, assim,

suporte ao vigor de um traçado inquieto, a provocação de novas questões pertinentes.

Tudo começa na década de 1990 no curso de Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), nas aulas de Desenvolvimento da Linguagem, assentado numa tradição humanística de excelência. Nela, tomei posição, empenhei-me firme e apaixonadamente na sustentação dessa linhagem. Os alunos se aproximavam e os colegas faziam perguntas: o movimento de aproximação se anunciava. Depois, veio a Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic) e a surpresa do encontro com falas estranhas, mas não só. O setor de Patologias da Linguagem propiciou a constituição do grupo que deu ponta pé inicial instituinte do que viria ser, mais tarde, a Clínica de Linguagem. Ali, a organização de um primeiro livro: *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem* (Lier-DeVitto, 1994).

Em 1997, no LAEL, Programa de Pós-graduação em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, a abertura de um projeto integrado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)[1], teoricamente direcionado, implicando o Interacionismo e falas patológicas. Foram muitas as dissertações realizadas, que buscavam responder à questão: "o que quer a Fonoaudiologia da Linguística?". Na verdade, buscava-se circunscrever a posição da linguagem na literatura fonoaudiológica geral. Realizou-se uma "varredura no campo", como disse, um dia, Claudia de Lemos. As primeiras teses chegam no ano 2000, e com elas a clínica. Lúcia Arantes escreve o *Diagnóstico na Clínica de Linguagem* (2001); Suzana Carielo da Fonseca, *A Clínica de Linguagem com afásicos* (2002); Lourdes Andrade, *"Ouvir e escutar" na constituição da Clínica de Linguagem* (2003). As questões sobre o sintoma na fala perduraram, mas já decididamente articuladas ao cenário clínico. Eu diria que esses textos foram e são axiais em relação à vasta produção bibliográfica que se seguiu, dando corpo à Clínica de Linguagem, que ganhou expansão na Universidade Estadual do Centro Oeste (Unicentro), no Paraná, pelas mãos de Juliana Ferreira Marcolino-Galli; para lá foi Luciana Branco Carnevale e, depois, Michelly Cordeiro. Em direção e empenho similares, Melissa Catrini caminha na Universidade

1 Projeto nº 522002-97/8.

Federal da Bahia (UFBA). Todas elas são autoras da Clínica de Linguagem, em torno delas pesquisadores e clínicos se formaram[2].

Em 2006-2007, *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem* é publicado pela Editora da PUC-SP (EDUC) em parceria com a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) com ampla penetração nas universidades do país e fora do país. O livro é traduzido pela Universidad Nacional de Rosario para a língua espanhola. Em 2011, um novo livro *Faces da escrita: linguagem, clínica, escola*, publicado pela Mercado de Letras em parceria com a Fapesp. Nele, a escrita foi o polo organizador de reflexões e debates a partir de ângulos e perspectivas bastante particulares.

A Clínica de Linguagem começa a transitar no espaço internacional. Projetos, conferências, seminários são realizados, num trânsito que perdura até hoje. Nesse ambiente tão produtivo, devo enfatizar dois projetos de atendimento que foram criados na Derdic e que tiveram e tem grande impacto acadêmico e social. Trata-se do Centro de Atendimento a Afásicos (CAAf), coordenado por Suzana Carielo da Fonseca e por mim, com mérito reconhecido à condução de Suzana Fonseca desde sua fundação em 2005. O CAAf está na UFBA, sob coordenação de Melissa Catrini. O segundo projeto é o Entrelaços, coordenado por Lourdes Andrade e por mim, este é voltado ao atendimento de crianças com impasses no laço social: com o outro e com a linguagem, implementa-se o atendimento em grupo a essas crianças que são em grande parte autistas e psicóticas. Os dois projetos oferecem cursos de aprimoramento não só a interessados, como também recebem profissionais indicados pela Secretaria Municipal da Saúde. Há, ainda, o grupo coordenado por Lúcia Arantes que aborda a problemática do *Diagnóstico na primeira infância*.

Resta dizer que as bordas da Clínica de Linguagem se dilatam a partir da discussão sobre o sintoma na fala com a inclusão de seus fundamentos teóricos para trabalhar interrogações sobre dificuldades

2 Procuro aqui definir apenas marcos históricos, tempos decisivos da Clínica de Linguagem. Seria dispersivo, a meu ver, enumerar as muitas produções relevantes, sejam dissertações, teses, artigos, capítulos de livros etc. Para isso remeto o leitor a Plataforma Lattes minha e dos autores e, também, ao Diretório de Grupo de Pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem. Todos elas, tem meu reconhecimento.

escolares que implicam erros no processo de alfabetização, como se poderá ler neste livro. O interesse de psicanalistas fez presença. Destaco os trabalhos de três delas: Ana Augusta Monteiro dialetiza a problemática do diagnóstico, abordando aqueles *on-line*; Amanda Mont'Alvão Rabelo retoma as discussões sobre erro e sintoma, colocando ao lado as contradições no dizer; Eliane de Christo interessa-se pela função poética e o paralelismo para lidar com "códigos das meninas de rua" e com a sonoridade de rezas de benzedeiras. Enlaçamentos e desafios para a Clínica de Linguagem. Certamente, este inventário poderia ser mais extenso e, quem sabe, mais ajustado às conquistas da Clínica de Linguagem nestes 25 anos. Ele me parece, porém, adequado às finalidades propostas já que há uma apresentação dos textos que o compõe. Procurei traçá-lo colocando em relevo marcas e marcos.

Maria Francisca Lier-DeVitto

Referências

ANDRADE, L. *Ouvir e escutar na constituição da Clínica de Linguagem*. 2003. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

ARANTES, L. *Diagnóstico e Clínica de Linguagem*. 2001. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

CARVALHO, G. M. M. *Erro de pessoa*: levantamento de questões sobre o equívoco em aquisição da linguagem. 1995. Tese (Doutorado em Linguística) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

DE LEMOS, C. T. G. Los processos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, Barcelona, v. 1, n. 1, p. 121-135, 1992.

DE LEMOS, C. T. G. Sobre a aquisição da linguagem e seu dilema (pecado) original. *Iberoamericana*, Madri, v. 8, n. 1, p. 3-16, 1982.

FONSECA, S. C. *O afásico na clínica de linguagem*. 2002. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

LIER-DEVITTO, M. F. (org.). *Fonoaudiologia*: no sentido da linguagem. São Paulo: Cortez, 1994.

LIER-DEVITTO, M. F.; ANDRADE, L. A abordagem do erro na fala e na escrita: aquisição, alfabetização e clínica. *In*: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE LETRAS E LINGUÍSTICA, 2., 2011, Uberlândia. *Anais* [...]. Uberlândia: EDUFU, 2011.

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006.

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Faces da escrita*: linguagem, clínica, escola. Campinas: Mercado das Letras, 2011.

MILNER, J. C. *Introduction à une science du langage*. Paris: Média Diffusion, 2017.

SAUSSURE, F. *Curso de Linguística Geral*. São Paulo: Cultrix, 2006.

Apresentação

O arcabouço teórico que fundamenta e dá direção a este livro decorre da reflexão original realizada por Maria Francisca Lier-DeVitto a respeito das falas sintomáticas, isto é, de acontecimentos sintomáticos que atingem a superfície sensível da fala e trazem consigo efeitos desconcertantes. Dessa reflexão, resultou a criação da Clínica de Linguagem, termo que, mais do que circunscrever uma das áreas de atuação da Fonoaudiologia, estabelece um campo específico sustentado por uma teorização rigorosa que articula linguagem, sujeito e clínica.

Clínica de Linguagem remete a um movimento teórico-clínico iniciado nos anos de 1990, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Lá, sob liderança de Lier-DeVitto, reuniram-se pesquisadoras, fonoaudiólogas com sólida formação em Linguística, em torno de questões mobilizadas pelo sintoma na fala de crianças e adultos. Podemos dizer que o sintoma na fala foi a mola propulsora para o encontro e para a construção de um pensamento teórico que culminou na criação de um espaço singular de acolhimento para sujeitos que sofrem por sua condição de falante.

Em 1994, Lier-DeVitto organizou o livro intitulado *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*, cuja repercussão nacional levou à segunda edição publicada em 1997. Nesse livro, foi firmado o compromisso ético com falas de

pacientes e com uma teorização linguística sobre elas. Nele, a discussão de diferentes quadros sintomáticos de crianças e adultos foi realizada tendo como eixo fundamental a desnaturalização da linguagem, usualmente articulada à esfera orgânica e cognitiva na busca por explicações para o acontecimento patológico de fala. Seguir no "sentido da linguagem", como afirmou Fonseca (2002, p. 197), envolveu

> [...] tocar no tema da etiologia, a partir de um assento teórico particular, propiciou o levantamento de questões clínicas e teóricas com consequências singulares ao campo das patologias e clínica de linguagem: causalidade cérebro-linguagem, interdisciplinaridade, relação percepção-linguagem, relação entre ações clínicas e fala do paciente, subjetividade e linguagem. Todos os artigos insistindo na determinação do linguístico sobre a fala.

O levantamento de um rol de questões e de discussões sobre o tema justificou a abertura de uma reflexão sistemática sobre as patologias de linguagem com a proposição de um projeto de pesquisa integrado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)[1]. Em vigência no ano de 1998, esse projeto liderado por Lier-DeVitto deu origem ao hoje consolidado Grupo de Pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, vinculado ao CNPq e coordenado por ela e por Lúcia Arantes no Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL) da PUC-SP.

Entre 1998 e 2007, pesquisadoras uniram-se ao grupo inicial do projeto e a linha de pesquisa solidificou-se, abrindo novas direções de investigação, com produção de uma extensa e sistemática bibliografia original e consistente. No ano de 2006, foi publicado pela Editora da PUC-SP (EDUC), com fomento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), o livro *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*, com organização de Lier-DeVitto e Arantes. Esse livro, traduzido para o espanhol por pesquisadoras da Universidade Nacional de Rosário (Argentina), colocou em destaque a relevância da interlocução com a perspectiva interacionista em aquisição de linguagem, conforme proposta por Cláudia de Lemos, a quem o livro foi dedicado.

1 Processo nº 522002-97/8.

Filiada ao Interacionismo proposto por De Lemos, Lier-DeVitto (2006) afirma nessa publicação que sua "[...] formação e docência em Fonoaudiologia foram determinantes do que veio a ser a Clínica de Linguagem" (Vieira, 2021, p. 25). Essa declaração veio, contudo, junto com o compromisso da Clínica de Linguagem em não se eximir da "[...] exigência de sustentação de diferenças e da pressão de promover o rendimento de seu espaço teórico próprio" (Lier-DeVitto, 2006, p. 12-13). Com isso, ficava estabelecida a agenda de pesquisa que se abria ao público, colocando em posição de alteridade a proposta interacionista em aquisição de linguagem. Foi nesse cenário que questões inéditas sobre os acontecimentos sintomáticos de fala e seus efeitos na configuração do espaço clínico foram amplamente discutidas, e determinaram elaborações teórico-clínicas fundamentais para o contorno de uma prática singular em que sujeito-língua-fala estão no cerne do raciocínio.

A Clínica de Linguagem, desde então, faz presença em diferentes veículos de publicação nacional e internacional – periódicos, anais, capítulos de livros e livros – e é referência para pesquisadores não só das áreas da Aquisição de Linguagem, da Fonoaudiologia e das Patologias de Linguagem, como também tem interessado a psicanalistas e educadores. Entre as publicações, destaca-se o livro *Faces da escrita: linguagem, clínica, escola*, publicado em 2011, pelo Mercado de Letras e, novamente, com financiamento da Fapesp.

Hoje, a linha tem laços bem estabelecidos com o Laboratório de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro), *campus* Irati, e com o Departamento de Fonoaudiologia e o Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (PPG-REAB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Em conjunto, PUC-SP, Unicentro e UFBA constituem polos de formação, pesquisa e assistência em Clínica de Linguagem, o que significa dizer que contribuem com a composição desse campo específico, como dissemos, sustentado por uma teorização que articula linguagem, sujeito e clínica. Tal articulação decorre do diálogo com o Interacionismo, conforme assinalado anteriormente, programa teórico desenvolvido, desde meados da década de 1970, no interior do projeto Aquisição de Linguagem, na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Essa proposta, a partir de 1992, dá um passo em direção ao Estruturalismo Europeu na Linguística (Saussure e Jakobson) e à Psicanálise (Freud e Lacan). Nas palavras de Lier-DeVitto, Arantes e Desinano (2020, p. 8):

> O Interacionismo, reformulado por De Lemos, em 1992, deu reconhecimento à ordem própria da Língua e à hipótese do inconsciente (De Lemos, 2002). Com efeito, tem-se a declarada opção pelo Estruturalismo Europeu e a aproximação à Psicanálise. Foram mobilizadas as 'leis de referência interna da linguagem' para 'descrever e explicar falas de crianças', i.e., falas '... indeterminadas do ponto de vista categorial, heterogêneas, resistentes à depreensão de suas regularidades...' (De Lemos, 2002, p. 51). Sublinhamos, com esta citação, o afastamento definitivo, explicito do Interacionismo em relação à Psicologia do Desenvolvimento e das abordagens gramaticais.

É imprescindível destacar os efeitos da introdução da novidade saussureana no Interacionismo e na Clínica de Linguagem. Trata-se de uma posição teórica que produz um corte radical nos estudos sobre a linguagem, como afirma Lier-DeVitto (2018, p. 812): "Saussure instala um novo saber, uma nova discursividade: ele é UM e não 'mais um' na história das ideias linguísticas". Os pontos nodais de sua teoria podem ser identificados, especialmente quando se institui o significante linguístico e valoriza-se a supremacia das operações de um sistema de elementos que só ganha valor em uma relação.

O diálogo teórico que sustenta a relação da Clínica de Linguagem com o Estruturalismo Europeu permite afirmar que "no particular de uma fala, há língua: um funcionamento simbólico que é condição e possibilidade da fala e de haver falante" (Arantes, 2018, p. 914). A determinação da ordem própria da língua nos acontecimentos de fala suspende a noção de sujeito epistêmico que repetidamente é convocada nas teorizações do campo, é por isso que Saussure "cabe como uma luva", já que ele expulsa o sujeito "em controle da linguagem" do cerne da língua – "a língua é carta forçada" (Saussure, 2012, p. 85). Disso decorre que nem o falante, nem a massa falante podem ditar os rumos de uma língua" (Arantes, 2018, p. 914).

Nesse sentido,

> a aproximação ao trabalho de Saussure representou uma alternativa à prática de descrição da fala da criança pela via da descrição gramatical. Estabelecer um compromisso com 'la langue' e considerar as noções de funcionamento e de sistema, conforme se lê no CLG [Curso de Linguística Geral], afastou de forma definitiva

> qualquer possibilidade de um pensamento 'gramatical' sobre a linguagem, e ofereceu a possibilidade de apreender os movimentos enigmáticos presentes nas produções insólitas e heterogêneas das falas de criança. O diálogo com o texto de Saussure foi passo determinante para que fosse encontrada uma alternativa à abordagem da fala, nas palavras de Lier-DeVitto (2013, p. 120) 'Saussure representou uma saída da descrição' (Lier-DeVitto; Arantes, 2020, p. 68).

Com Saussure (2012), o irregular pode ser incluído, seja na análise de manifestações linguísticas ou em avaliações de linguagem, marcando a forte presença e incidência da língua. Para a Clínica de Linguagem, na lida com as falas patológicas, temos que erro e sintoma são expressões de um excesso de língua que ultrapassa o falante na fala (Milner, 2012; De Lemos, 2006). *La langue* e seu funcionamento oferecem a possibilidade de explicação para os acontecimentos imprevisíveis que não se deixam apreender por aparatos gramaticais. Eles passam a ser referidos a efeitos de substituições que promovem combinatórias inesperadas e singulares (Arantes, 2018).

A inclusão de *La langue* permite uma caracterização positiva das falas patológicas e um afastamento da visão de déficit, falta ou falha presentes no modo como a Fonoaudiologia tradicionalmente aborda os sintomas na fala. Há por efeito desse gesto uma mudança radical na posição do clínico frente à fala de crianças e adultos, abre-se escuta para a densidade significante, para os movimentos singulares e imprevisíveis da língua na fala dos pacientes. Isso se desdobra na avaliação, em que não há busca pelo significado de um sintoma, mas sim pelo modo como este se articula e produz efeitos na fala, no falante e em sua escuta. Importa também a relação do paciente com a língua, com sua fala e com a do outro, e os efeitos que podem ser escutados dessas relações (Arantes, 2018).

Cabe ressaltar que a expressão "diálogo teórico", presente neste texto, contempla a diferença e especificidade de objetos entre os campos. Isso quer dizer que o Interacionismo é mantido em "posição de alteridade", ou seja, de outro em relação à Clínica de Linguagem, ainda que o mesmo solo teórico seja frequentado (Lier-DeVitto, 2004). Resumidamente, no que tange à rede conceitual, Clínica de Linguagem e Interacionismo compartilham um raciocínio estrutural assumindo

o funcionamento autônomo da linguagem, a interação como triádica (sujeito-língua-fala) e a hipótese do inconsciente. Nas palavras de Lier-DeVitto e Arantes neste livro, fica claro que "são campos heterogêneos que se tocam, mas que não se compõem como uma unidade isomórfica". Afinal, sintoma se distingue do erro, já que extrapola a relação correto-incorreto. Lier-DeVitto (2003, 2005) debruçou-se sobre essa questão e sublinhou que o sintoma na fala produz uma condição que envolve o sofrimento do falante e enlaça o outro que, por sua vez, reconhece a diferença. Dito de outro modo, o sintoma na linguagem produz sofrimento no falante e no outro. Como consequência, há fragilidade no laço social, isto é, isola o sujeito dos outros falantes de uma língua (Lier-DeVitto, 2006). De acordo com ela, o

> [...] sintoma é algo que se marca na fala sem vontade ou um saber [...] uma lógica significante, que repete – uma repetição que o sujeito não pode evitar [...] que não passa a outra coisa. [...] é repetição, sem vontade ou saber [...] uma repetição sem ocultação, repetição que um corpo realiza em ato (Lier-DeVitto, 2003, p. 84-85).

Assim, ao partir desse entendimento particular de sintoma na fala, foram elaboradas premissas clínicas originais que sustentam a práxis. Em outras palavras, a teorização sobre a relação sujeito-língua-fala foi determinante para uma definição positiva de sintoma e, consequentemente, para a proposição de uma configuração original das diferentes instâncias clínicas: entrevista, diagnóstico e terapia. O estabelecimento de uma clínica com objeto definido e com discurso próprio foi a direção tomada pelos pesquisadores vinculados à linha de pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, que se distanciaram da visada organicista e de natureza ortopédica que caracteriza grande parte da Fonoaudiologia.

Uma escuta teoricamente orientada norteia o terapeuta na cena clínica, que fica sob efeito da fala viva. Entende-se que uma teoria deve marcar o corpo do clínico e incidir em sua posição teórica nas aproximações à linguagem e ao sujeito. Deve-se destacar que há sempre tensão entre o universal de uma teoria e o singular que cada caso impõe (Andrade, 2003, 2006). Nessa perspectiva, interpretação e escuta foram conceitos

balizadores que impulsionaram a direção teórico-clínica. Como afirma Santos (2021, p. 83), "escuta e interpretação envolvem a possibilidade de apreensão do modo de funcionamento da língua na fala". Entretanto, tais conceitos não se confundem, ambos devem ser devidamente teorizados, mas estão, como vislumbramos nessa citação, submetidos ao jogo significante da língua.

Entende-se que interpretação é "ato clínico" que deve produzir efeito de mudança na relação do falante com a língua. Para que isso seja possível, o clínico deve estar, conforme assinalamos, teoricamente orientado por uma escuta para densidade significante, que não apague as composições e recomposições de fragmentos de falas sintomáticas, orquestrados pelo funcionamento da língua, que se dão a ver na cena clínica. A escuta para densidade significante não está, entretanto, apartada do sujeito-falante e sua singularidade, o que justifica um diálogo teórico também com a Psicanálise.

Finalmente, resta assinalar que incluir o sofrimento implica incluir o sujeito-falante na teorização, o que exigiu uma relação de proximidade e de diferença com a Psicanálise. Apesar de ambas as clínicas escutarem a fala de um sujeito em cena, as falas sintomáticas se distinguem das manifestações que se presentificam na clínica psicanalítica. Como afirmou Lier-DeVitto (2011, p. 62):

> [...] essas falas (as sintomáticas) não se confundem com as manifestações que dão validade à Psicanálise, ou seja, elas não se confundem com as formações do inconsciente (Milner, 1995). Vale assinalar que as formações do inconsciente têm ocorrência esporádica e imprevisível e as falas sintomáticas são composições estáveis, no sentido de serem a cristalização de uma anomalia, de lógica significante, inesperada e indesejada, que resiste à língua constituída.

Vê-se que, apesar de pontos de contato com a Psicanálise, conceitos como o de sintoma, sujeito-falante, escuta e interpretação são necessariamente ressignificados na Clínica de Linguagem. Foi na "posição intervalar entre a linguística e a psicanálise" (Lier-DeVitto, 2011) que a Clínica de Linguagem elaborou, nestes 25 anos, a proposta sólida que aqui se apresenta.

Os fundamentos gerais brevemente apresentados atravessam as contribuições que comparecem neste livro, tais como a relação da Clínica de Linguagem com questões relativas ao atendimento de idosos, afásicos e pessoas com demência, ao atendimento de crianças com lesão cerebral e crianças com entraves no laço social e na linguagem, ditas autistas e/ou psicóticas, e a questões específicas relacionadas ao campo da Educação e da Psicanálise.

Organizado em seções que versam sobre a Clínica de Linguagem com adultos, a Clínica de Linguagem com crianças, Clínica de Linguagem e Educação e Clínica de Linguagem e Psicanálise, este livro conta, ainda, com capítulos introdutórios que traçam um percurso histórico em comemoração aos 25 anos da Clínica de Linguagem e dois capítulos de encerramento, nos quais novas direções de pesquisa são apresentadas.

O primeiro capítulo, de Suzana Carielo da Fonseca, intitulado "Sobre o atendimento de sujeitos afásicos na Clínica de Linguagem", traz um resgate histórico da Clínica de Linguagem, voltando especificamente o olhar para o modo como, a partir das questões suscitadas pelo atendimento de afásicos, se tornou possível (e necessário) sustentar a afirmação de que a afasia implica uma tripla condição sintomática: há cérebro ferido, fala/escrita/escuta em sofrimento e um ser que sofre por efeito do sintoma na linguagem.

Melissa Catrini, em "A marca do caso e o corpo na Clínica de Linguagem", delineia sua trajetória como pesquisadora nessa abordagem e problematiza como a singularidade do caso incide sobre o ato clínico, considerando que "'ato' envolve 'corpo' e que ele não pode acontecer senão como efeito de um efeito no corpo daquele que faz um ato". Corpo é questão central nesse trabalho, discutido a partir da articulação entre direção de tratamento e o papel transformador da palavra. A autora finaliza apontando a inserção da linha de pesquisa na UFBA e sua presença no ensino, pesquisa e extensão.

Cinco trabalhos estão reunidos por questões mobilizadas pela Clínica de Linguagem com adultos, especificamente, dois capítulos tratam da clínica com pessoas com Demência de Alzheimer, dois se dedicam à Clínica de Linguagem com afásicos e há, ainda, um capítulo que discute sobre o sintoma na fala de um rapaz de 22 anos com síndrome de Down.

O capítulo "Avaliação de linguagem e direção de tratamento em um caso de Demência de Alzheimer", de Juliana Marcolino-Galli e Maria

Francisca Lier-DeVitto, parte do pressuposto de que o sujeito é efeito (é-feito) de linguagem e de que memória, por consequência, é efeito (é-feita) de linguagem. Afasta-se, portanto, do conceito de memória como função cognitiva, como arquivamento. Esse trabalho apresenta a fala de uma senhora com diagnóstico médico de Demência de Alzheimer em estágio inicial. Diagnóstico de linguagem e a direção de tratamento são problematizados. Ainda com foco na atenção a sujeitos com demência, em "O idoso demenciado e a institucionalização: organismo e subjetividade", Mariana Elza Tomaselli Emendabili reflete sobre os efeitos das falas de pessoas demenciadas em Instituição de Longa Permanência. A autora dá ênfase à escuta do clínico, mesmo quando estas falas parecem não endereçadas ou "inadequadas" ao tema do diálogo.

Michelly Daiane de Souza Gaspar Cordeiro, no quinto capítulo, "A escrita autobiográfica de Cardoso Pires e Luciana Scotti: efeito desses relatos para a Clínica de Linguagem", discute a escuta para o drama subjetivo e o luto na afasia como tarefa do clínico de linguagem, desdobrando pontos teóricos propostos por Fonseca (2002). Aponta para as diferentes posições do afásico frente às perdas em si e em sua vida e enfatiza que o drama subjetivo implica luto. As escritas autobiográficas analisadas são marcadas por essa dor e os efeitos do "antes" e "depois" do acontecimento neurológico. Subsidiada por autores do campo da Psicanálise, nos relatos apresentados e na prática clínica com afásicos, a autora afirma que os relatos autobiográficos podem ser recursos simbólicos importantes na elaboração de lutos diversos, na travessia de enfrentamento do real.

O sexto capítulo, de Sabrina Pereira dos Santos, intitulado "Narrativas autobiográficas no atendimento de afásicos: escrever para viver", segue na abordagem de questões relacionadas à condução terapêutica com afásicos na Clínica de Linguagem. Considerando que as afasias abalam de modo amplo a relação de um falante com sua língua materna e que envolvem, em muitos casos, diferentes formas de afetação das modalidades de linguagem, a autora ressalta o dispositivo clínico que estabelece cruzamentos entre fala-leitura-escrita. A escrita de narrativas autobiográficas ganha corpo e é tomada como instrumento produtivo na direção de tratamento e no atravessamento do luto. A pesquisadora focaliza um caso que Luria (2008) registrou em livro, a saber: o trata-

mento de Zasetsky, um jovem afásico ferido por um projétil de bala durante a Segunda Guerra Mundial.

Fechando a seção dedicada à clínica com adultos, no capítulo "Um falante entre cenas: sobre a natureza intrigante de um sintoma na fala", Luciana Branco Carnevale discute ocorrências particulares que perturbam o sentido e o diálogo a partir de indagações suscitadas pelo atendimento na Clínica de Linguagem de um rapaz de 22 anos, com diagnóstico de síndrome de Down. Nesse trabalho, a autora verticaliza a conceituação sobre o sintoma na fala, com especial atenção para as desordens que afetam a coerência discursiva e frustram a expectativa do outro no diálogo. Ela não deixa de lado, no entanto, a relação sujeito-língua-fala e traz considerações sobre a questão da subjetividade.

O capítulo de Mariana Trenche de Oliveira, que abre a seção referente à Clínica de Linguagem com crianças e é intitulado "A posição do clínico de linguagem frente à demanda para o tratamento de crianças com quadros graves de psicopatologia", remete ao tema do acolhimento de crianças cujo quadro de linguagem está profundamente atrelado à condição subjetiva na qual o estabelecimento do laço social com o outro está em causa. A autora problematiza o fato de que crianças autistas e psicóticas chegam à Clínica de Linguagem por diferentes caminhos, envolvendo pais, médicos, psicanalistas, psicólogos, fonoaudiólogos e a escola. Esse acontecimento exige do clínico de linguagem escuta e delicadeza no manejo para que a transferência possa se estabelecer sem que ele (o clínico) renuncie à ética que circunscreve sua posição frente ao sujeito e o saber sobre a linguagem.

Ainda em relação à temática do autismo, o trabalho de Ana Carolina Prisco aborda o diagnóstico precoce por meio da análise da literatura e do relato de um caso. Ela amplia a discussão ressaltando a impossibilidade para um clínico de linguagem de tomar crianças pequenas "sob um rótulo, um dizer cristalizado". Ao acolher crianças pequenas, refere a autora, a posição do clínico deve ser de cautela – cuidado necessário para que se mantenha a "possibilidade de um futuro aberto". Essa discussão dialoga com o capítulo seguinte, escrito por Brenda Sousa. Nele, a autora toma como objeto a interpretação na Clínica de Linguagem com crianças, destacando a importância do tema para pensar a clínica e a relação que se estabelece entre criança e terapeuta. As considerações tecidas abrem questões que implicam quadros clínicos

em que a interpretação não incide somente sobre a fala, mas também sobre um "corpo que fala" e, ainda, sobre crianças que resistem ao outro e à fala do outro, como crianças autistas.

A temática do brincar também comparece neste livro com o capítulo de autoria de Paola Lurian Silva. A pesquisadora buscou apresentar considerações teóricas sobre a criança e o brincar a partir da teorização psicanalítica. A aproximação com a Psicanálise se justifica pelo fato de que o solo teórico-clínico da discussão está assentado tanto no poder estruturante da linguagem, quanto na hipótese do inconsciente, noções que fundamentam a Clínica de Linguagem.

Já no capítulo "Clínica de Linguagem e saúde mental: experiências num centro de atenção psicossocial infantojuvenil", de Fernanda Fudissako, o aporte teórico da Clínica de Linguagem comparece como possibilidade de sustentação, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de uma posição clínica que garanta um espaço de atuação instrumentalizado por uma teoria sobre a linguagem. Ao discutir sua experiência de atuação com um adolescente em situação de rua e vulnerabilidade social, que fazia uso abusivo de substâncias psicoativas e estava em intenso sofrimento psíquico, a autora nos mostra que há lugar para o fonoaudiólogo no campo da Saúde Mental e que este precisa ser solidificado por uma teorização consistente sobre linguagem e diretrizes do SUS, a fim de não se reduzir a uma experiência intuitiva.

Na seção seguinte, a pertinência do diálogo entre Clínica de Linguagem e Educação se expressa em três capítulos. O capítulo "O ensino-aprendizagem de língua portuguesa para surdos: uma questão interrogante", de Silvana Zajac e Lúcia Arantes, realiza uma análise crítica das correntes teóricas que embasam as metodologias de ensino de português para surdos na educação, especialmente o que pode ser concebido como língua materna. A discussão se encaminha sobre o modo de entrada do surdo na escrita, a partir de autoras filiadas ao Interacionismo. Distancia-se, portanto, da noção da escrita como representação da oralidade. Essa nova trilha teórica, inédita, permite ressignificar o que se concebe por língua materna na educação de surdos, fazendo valer a articulação sujeito-língua.

Sob o título "Clínica de Linguagem e impasses escolares de crianças com deficiência que não falam", Tatiana Lanzarotto Dudas centraliza a temática da inclusão escolar. A autora sublinha que a dificuldade

ou ausência de fala oral pode comprometer o estabelecimento de laço com o outro e prejudicar o processo de ensino-aprendizagem na escola. Esse capítulo é impulsionado pela experiência da autora em cursos de formação para educadores na área da Comunicação Suplementar e Alternativa e, também, em atendimentos particulares e em instituições de longa permanência para crianças com deficiências. A ausência de "oralização", frequente nesses casos, tem levado à suposição de que, se não há fala, o sujeito está fora da linguagem. Contrária a essa posição, a reflexão deixa ver a força determinante da linguagem e um corpo-falante.

Articulado ao debate encaminhado por Tatiana Dudas, o capítulo "Sujeitos com PC impedidos de oralizar e a Comunicação Suplementar e Alternativa: a Clínica de Linguagem e seus efeitos", de Roseli Vasconcellos, traz à cena o cruzamento entre oralidade, escrita e os Sistemas Suplementares e Alternativos de Comunicação no atendimento de crianças com paralisia cerebral que não oralizam. A partir de um dado clínico, os "símbolos" indicados pelo paciente são guiados por um texto da criança e são capturados na interpretação do outro. Pode-se dizer que a presença da fala na escuta e na escrita indicada pelos cruzamentos presentes nos dados analisados diz de um "corpo-linguagem" que impede de reduzir sujeito a organismo. Essa discussão é de interesse tanto a fonoaudiólogos quanto a educadores, uma vez que estamos falando de uma reflexão que contribui para um olhar comprometido com a linguagem e a subjetividade dessas crianças.

"Entre tropeços e contradições, um sujeito que pode falar de si" nomeia a contribuição de Amanda Mont'Alvão Veloso Rabelo a este livro, abrindo a seção "Clínica de Linguagem e Psicanálise". Nessa seção, três trabalhos mostram o diálogo que psicanalistas vêm travando com a linha de pesquisa. A psicanalista Amanda encontrou inspiração na Clínica de Linguagem para acolher e refletir sobre a farta presença das contradições em nossos dizeres. Enquanto importante manifestação da singularidade do sujeito, a contradição não é uma produção sintomática, mas é frequentemente destinada ao lugar do deslize, assim como os erros e tropeços em uma fala. São acontecimentos que podem ou não desabonar o dizer do falante, a depender do modo como são escutados. Nesse capítulo, a autora busca traçar um percurso teórico sobre o valor da inspiração para seu trabalho e os efeitos propagados pela teorização da Clínica de Linguagem nas manifestações de subjetividade.

Na sequência, Eliane de Christo apresenta um capítulo cuja poética coloca em cena a articulação entre autores da Psicanálise, da Linguística, da Literatura e da Antropologia, para tratar da mulher na invenção da psicanálise, considerando a histeria como musa que inspira a clínica psicanalítica. Em "Entretecendo os significantes 'mulher' e 'palavra'", a relação entre a Clínica de Linguagem e a Psicanálise é apresentada como uma "diferença acolhedora", já que a fala interessa a ambos os espaços, embora de maneira distinta. Nesse encontro, marcado pela diferença, Eliane de Christo traz um trabalho em que a palavra – calada, falada, que cura – e a mulher estão no centro da discussão.

Ana Augusta Monteiro, também psicanalista, traz no capítulo intitulado "Diagnóstico médico e diagnósticos *on-line*" uma discussão crítica do fenômeno, bastante recente, das pesquisas sobre diagnósticos na internet e suas implicações e consequências na vida contemporânea. Os autores consultados fazem parte das elaborações teóricas e clínicas da Clínica de Linguagem, como Foucault, Saussure, Lacan e Clavreul, a partir dos quais a autora faz trabalhar a questão sobre diagnósticos *on-line* e seus efeitos sobre o saber e o usuário.

Finalizando o livro, dois últimos capítulos apontam perspectivas e direções de trabalho que embalam novos horizontes para a Clínica de Linguagem. Em "Projeto Entrelaços: sobre contribuições e limites da Clínica de Linguagem no atendimento a crianças autistas", Lourdes Andrade e Maria Francisca Lier-DeVitto trazem questões pertinentes à Clínica de Linguagem a partir da experiência com crianças que apresentam impasses no laço social e que são atendidas no Projeto Entrelaços, implementado no Centro Especializado de Reabilitação (CER) da II Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic) da PUC-SP, em 2016, e que tem como referência teórico-clínica a Prática entre Vários (Di Ciaccia, 2005; Miller, 1994; Stevens, 2010). As autoras estabelecem um conjunto de questões de grande relevância: 1) qual a posição da Clínica de Linguagem (e do clínico de linguagem) no acolhimento de sujeitos para quem a articulação entre gozo e as vias coletivas de seu escoamento não se dá de modo a produzir um enlaçamento discursivo próprio ao laço social? 2) como abordar um falante que precisa defender-se dos efeitos equivocizantes próprios à língua? 3) quais as contribuições – e limites – da Clínica de Linguagem em espaços clínicos

que implicam o encontro com sujeitos posicionados no campo das psicoses e dos autismos? Essas questões – e outras delas derivadas – são discutidas no capítulo à luz de recortes de vivências tanto em atendimentos individuais, quanto em atendimentos em grupo.

Lúcia Arantes e Maria Francisca Lier-DeVitto fecham este livro com uma interrogação: "Sintoma na fala: manifestações de lalíngua?". Nesse capítulo, as autoras retomam a importância das articulações conceituais com o Interacionismo em Aquisição da Linguagem, destacando o erro como ponto nodal de encontro, mas também de distanciamento, entre Interacionismo e Clínica de Linguagem. Como afirmam as pesquisadoras, falas sintomáticas são erráticas, partilham um conjunto de atributos com falas de crianças, mas se distanciam dessas últimas quanto à natureza de seus efeitos. Falas sintomáticas ferem o jogo identificatório e convocam um espaço de escuta específico – a clínica. Frente a isso, as autoras apontam serem necessários outros passos para que se especifique o acontecimento clínico. O passo dado neste trabalho foi colocar frente a frente sintoma na fala e equívoco. Passo esse qualificado por elas como preliminar, mas que diz do reconhecimento de que nas falas sintomáticas há sujeito desejante. Abre-se aí novo caminho de investigação no campo das patologias e Clínica de Linguagem.

Esperamos, com esta apresentação, ter propiciado uma visão panorâmica do solo teórico que sustenta a Clínica de Linguagem, bem como dos trabalhos que compõem o volume dedicado às comemorações dos 25 anos da Clínica de Linguagem, e também ao gesto fundador de Maria Francisca Lier-DeVitto. Neste livro, procuramos trazer os desdobramentos de uma história que revela o compromisso de um grupo de pesquisadores com uma teorização particular sobre a clínica que pode ecoar em campos outros como a Psicanálise e a Educação.

Lúcia Arantes
Melissa Catrini
Juliana Marcolino-Galli

Referências

ANDRADE, L. *Ouvir e escutar na constituição da Clínica de Lin*guagem. 2003. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

ANDRADE, L. Procedimento de avaliação de linguagem na clínica fonoaudiológica: entre o singular e o universal. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 349-360.

ARANTES, L. Efeitos da introdução de la langue na discussão do diagnóstico na Clínica de Linguagem. *Delta*: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 909-918, 2018.

ARANTES, L.; LIER-DEVITTO, M. F. Incidências da novidade Saussureana no Interacionismo e na Clínica de Linguagem. *Revista Estudos em Letras*, Dourados, v. 1, n. 1, p. 65-76, 2020.

DE LEMOS, C. T. G. Das viscissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, n. 42, p. 41-69, 2002.

DE LEMOS, C. T. G. Los processos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, Barcelona, v. 1, n. 1, p. 121-135, 1992.

DE LEMOS, C. T. G. Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição da Linguagem. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 21-32.

DI CIACCIA, A. A propos de la pratique à plusieurs. *Les Feuillets du Courtil*, Leers-Nord, n. 23, p. 11-17, 2005.

FONSECA, S. C. *O afásico na clínica de linguagem*. 2002. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

LIER-DEVITTO, M. F. (org.). *Fonoaudiologia*: no sentido da linguagem. São Paulo: Cortez, 1994.

LIER-DEVITTO, M. F. Abordagem de falas sintomáticas: sobre a condição intervalar da clínica de linguagem entre a linguística e a psicanálise. *In*: SILVEIRA, E. M. (org.). *As bordas da linguagem*. Uberlândia: EdUFU, 2011. p. 57-67.

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. Incidências da novidade saussureana no Interacionismo e na Clínica de Linguagem. *Revista Estudos em Letras*, Cassilândia, v. 1, n. 1, p. 65-76, jul./dez. 2020.

LIER-DEVITTO, M. F. Consequências de duas definições de la langue no Curso de Linguística Geral de Ferdinand de Saussure. *Delta*: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 799-814, 2018.

LIER-DEVITTO, M. F. Efeitos do pensamento de Saussure na teorização sobre erros e sintomas na fala. *In*: FIORIM, J. L.; FLORES, V. N.; BARBISAN, L. (org.). *Saussure*: a invenção da Linguística. São Paulo: Contexto, 2013. p. 113-134.

LIER-DEVITTO, M. F. Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 47, n. 1/2, p. 143-150, 2005.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da Linguagem: sobre as "vicissitudes de falas sintomáticas". *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 183-200.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da Linguagem: subversão posta em ato. *In*: LEITE, N. (org.). *Corpo e Linguagem*: gestos e afetos. Campinas: Mercado da Letras: FAEP: Unicamp, 2003. p. 233-246.

LIER-DEVITTO, M. F. Sobre a posição do investigador e a do clínico frente a falas sintomáticas. *Letras de Hoje,* Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 47-59, 2004.

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006.

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Faces da escrita*: linguagem, clínica, escola. Campinas: Mercado das Letras, 2011.

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L.; DESINANO, N. B. Sob impacto da heterogeneidade: teorização sobre o erro e o não idêntico. *Delta*: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 1-17, 2020.

LURIA, A. R. *O homem com um mundo estilhaçado*. Petrópolis: Vozes, 2008.

MILLER, J. A. *Jacques Lacan et la voix*. Paris: La Lysimaque, 1994.

MILNER, J. C. Linguistique et psychanalyse. *Enciclopedia Universalis*, [*s. l.*], 1995. Diponível em: https://www.universalis.fr/encyclopedie/linguistique-et-psychanalyse/. Acesso em: 14 maio 2025.

MILNER, J. C. *O amor da língua*. Campinas: Unicamp, 2012.

SANTOS, B. S. *Interpretação*: questão na Clínica de Linguagem com crianças. 2021. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

SAUSSURE, F. *Curso de Linguística Gera*l. São Paulo: Cultrix, 2012.

STEVENS, A. Introduction. *In*: DE HALLEUX, B. (ed.). *Quelque chose à dire à l'enfant autiste*: pratique à plusieurs à l'Antenne 110. Tours: Michèle, 2010. p. 129-132.

VIEIRA, M. P. *O sintoma na fala*: estudo sobre a construção de um conceito. 2021. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

PARTE I

Um traçado

1

Sobre o atendimento de sujeitos afásicos na Clínica de Linguagem

Suzana Carielo da Fonseca

Introdução

Comemorar os 25 anos de existência deste campo teoricamente instituído e acertadamente nomeado "Clínica de Linguagem" é motivo de muita alegria para mim e, com certeza, para todos aqueles que estiveram e/ou permanecem na empreitada de edificá-lo. Sob as expressões "teoricamente instituído" e "acertadamente nomeado" se abriga uma história marcada pelo compromisso mútuo de discernir o que lhe dá vida própria – e, portanto, originalidade – e pelos laços afetivos que se criaram a partir e em torno dele. Uma bela e, eu diria, muito potente história de construção conjunta.

Nessa perspectiva, vale destacar a origem latina da palavra "comemorar" – *commemorare* – que significa trazer

à memória. Em sua composição *com-memorare* se precipita, ainda, o sentido de "recordar com", "recordar junto com o outro" (Moraes *et al.*, 2008). Não é outra a razão desta publicação: lembrar os movimentos conjuntos que responderam por esta bem-sucedida reunião de pesquisadores. Nesta introdução, procurarei abordar alguns deles para atentar, em seguida, o que considero minha contribuição à teorização sobre a Clínica de Linguagem.

Esta história começa para mim antes de 1998, tempo em que ainda era estudante do curso de Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e no qual tive a sorte de encontrar no meu caminho alguém que, por sua sabedoria, experiência e uma incrível capacidade de escutar e acolher o outro, se tornaria a mentora regente dessa nova linha de reflexão: a minha sempre orientadora, e querida amiga, Prof.ª Dr.ª Maria Francisca Lier-DeVitto. Foi na graduação que me identifiquei com seu jeito – ao mesmo tempo, rigoroso e carinhoso – de encaminhar questões, de transmitir o seu saber, de convocar-me a reconhecer complexidades e a enfrentar desafios. Nos conhecemos quando eu nem sabia direito se queria mesmo ser fonoaudióloga: era um tempo de dúvida! Mas as suas aulas de Aquisição da Linguagem me fisgaram e me abriram o que, retroativamente (e recuperando a minha mineirice) eu reconheço como um "belo horizonte" pessoal e profissional. Meu investimento desde então se dirigiu para o campo da Linguagem, das Patologias da Linguagem e da Clínica de Linguagem.

No último ano da faculdade, em meio aos desafios impostos pelo atendimento de um paciente afásico, pude contar com a escuta refinada da Prof.ª Dr.ª Maria Francisca para transformar minhas inquietações clínicas em questões a serem teoricamente investigadas. Sua orientação iluminou meus primeiros e claudicantes passos na clínica e me orientaram, como pesquisadora, a desbravar a literatura pertinente ao tema da afasia, ao mesmo tempo em que construía uma posição crítica para realizar essa leitura.

No início de carreira, a relação com a professora colocou-me dentro de um movimento fértil de articulação que já implicava os campos da Fonoaudiologia, da Linguística e da Psicanálise. Esse último ainda não havia sido adentrado por mim como um campo teórico, mas como um lugar de escuta, em supervisão, para o difícil manejo da família de um paciente que eu atendia em domicílio. Sensível a tal demanda, nos inúmeros

momentos em que dividi com ela a minha dificuldade, foi a Prof.ª Dr.ª Maria Francisca quem me indicou uma psicanalista para que me supervisionasse. O que se traçava ali já indicava o longo caminho que viria pela frente: um fazer clínico atravessado pelo diálogo teórico antes mencionado.

Devo destacar, ainda, outros fatos importantes nesta minha caminhada: já graduada, passei a contar com a supervisão generosa e sempre certeira da fonoaudióloga, também minha mestra na graduação, a Prof.ª Dr.ª Lúcia Arantes. Além de sua competência, também o seu jeito leve e divertido contribuiu para que cada vez mais eu tomasse gosto pela Clínica de Linguagem. Gradativamente, embrenhei-me na pesquisa e nos cursos oferecidos e indicados pelas mestras. Em meio à ebulição de ideias, encontros prazerosos e arremates teóricos precisos feitos pela Prof.ª Dr.ª Maria Francisca, então minha orientadora de mestrado no Programa de Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL) da PUC-SP. Eles responderam pela circunscrição da questão-problema que ganhou vida na minha dissertação: a da causalidade cérebro-linguagem.

Dissertação que, defendida em 1995, está marcada por este tempo e por esse modo de enlaçamento teórico estruturante de uma posição para pesquisar que produzia efeitos no clinicar. Vale dizer que nesse trabalho se fizeram sentir também os primeiros desdobramentos da leitura feita por Lacan do Estruturalismo Europeu[1] trazida à luz pela Prof.ª Dr.ª Claúdia de Lemos (1992) no texto "Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio", bem como pelos seus desdobramentos na interpretação oferecida à fala da criança na tese de doutorado de minha orientadora *Os monólogos da criança: delírios da língua* (Lier-DeVitto, 1998). Foi realmente um privilégio ter acompanhado sua reflexão: oportunidade que se abriu para que eu reconhecesse a importância e a pertinência de sua fala (sempre repetida) sobre "a paciência do conceito". Ao acompanhá-la, tão de perto, no exercício de sua investigação científica, testemunhei o que ela recolhia dos textos que lia,

1 Saussure (2006) e Jakobson (2007), contribuições publicadas pela primeira vez em 1916 e 1954, respectivamente.

dos cursos que fazia, do prazer que sentia nesse fazer. "Transmissão" é o nome que se dá a isso!

E foi assim que mergulhei na Afasiologia – médica e fonoaudiológica – para retirar dali a referida questão da dissertação. Do seu enfrentamento resultou a minha proposição de ruptura com o raciocínio causal organicista que sustentava (sustenta) as abordagens afasiológicas clássicas. Para mim, essa era (é) uma condição de possibilidade para, tanto do ponto de vista teórico como clínico, abordar a especificidade que a afasia colocava (coloca) para um fonoaudiólogo, ou mais particularmente, para um clínico de linguagem[2].

Antes que me detenha na crítica e na proposição que a dissertação engendrou, e que foram aprofundadas na minha tese de doutorado (Fonseca, 2002), gostaria, ainda, de colocar em relevo o fato de que, em meio à elaboração da primeira, se apresentou para mim o desafio da docência no curso de Fonoaudiologia da PUC-SP. Campo da transmissão que me aproximou de alunas que se identificaram com a proposta em andamento sobre a clínica de linguagem com afásicos. Elas vieram estagiar sob minha supervisão na Divisão de Ensino e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic) da PUC-SP para, em seguida, encaminharem suas próprias investigações[3]. Todas elas, incluindo a minha própria, são tributárias da reflexão inaugurada e proposta pela Prof.ª Dr.ª Maria Francisca Lier-DeVitto no interior de um projeto integrado denominado "Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem", com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico

2 Discuti essa questão em vários outros artigos, em especial, sugiro ver: Fonseca (1994, 1998, 2000).

3 Algumas delas sob minha orientação (em Iniciação Científica, foram seis alunas entre 1997 e 2008; 17 em Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), entre 2003 e 2014), outras sob orientação da Prof.ª Dr.ª Maria Francisca Lier-DeVitto em seus trabalhos de mestrado e/ou doutorado (Rosana Landi, em 2000 e 2007; Juliana Marcolino-Galli, em 2004 e 2013; Melissa Catrini, em 2005 e 2011; Evelin Tesser, em 2007 e 2012; Cláudia Tumiate, em 2007; Carolina Guadagnoli, em 2007; Maria Fernanda Cestari de César em 2017 e Sabrina Santos, em 2022). Os efeitos multiplicadores da transmissão da nova proposta que encaminhávamos se fez sentir e se ampliou quando as ex-alunas e estagiárias, Juliana Marcolino-Galli e Melissa Catrini, tendo defendido seus doutorados, passaram a responder pela formação de clínicos de linguagem na Universidade do Centro-Oeste (Unicentro) e na Universidade Federal da Bahia (UFBA), respectivamente. Sob orientação da Prof.ª Dr.ª Maria Francisca Lier-DeVitto, Michelly Cordeiro defendeu seu mestrado em 2014 e seu doutorado, em 2019; e Sabrina Santos, o seu mestrado em 2022.

e Tecnológico (CNPq)[4], que, por sua iniciativa, em 1997, constituiu a pedra fundamental da teorização sobre a Clínica de Linguagem.

Diante do exposto, volto o foco, agora, para o modo como foi se tecendo a minha reflexão sobre a afasia e a clínica com afásicos no interior desse projeto e, em seguida, do grupo de pesquisas, certificado pelo CNPq, Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, instituído pela Prof.ª Dr.ª Maria Francisca Lier-DeVitto no LAEL da PUC-SP, que, atualmente, tem como vice-líder a Prof.ª Dr.ª Lúcia Arantes.

Afasia: fala em sofrimento que faz sofrer o afásico e esgarça o laço social

O termo "afasia" foi utilizado, pela primeira vez, por Sexto, o Empírico, em meados de 200 d.C. O filósofo o empregou para se referir à "atitude dos céticos quando eles se abstinham de se pronunciar sobre algo" (Abbagnano, 1992, p. 18). Broca (1865, p. 203) pontua que "afasia" seria, nessa perspectiva, "o estado de um homem no fim dos argumentos", ou seja, "daquele que não tem nada a responder" a uma interpelação. Note-se que a afasia não designava, então, uma condição sintomática, mas apenas algo que poderia suceder a qualquer falante. Contudo, como assinalei na dissertação, esse termo foi encampado pelos estudos médicos ao discurso sobre as patologias cerebrais e, a partir daí, o seu uso tornou-se referência para "a perda ou perturbação da linguagem causada por lesão cerebral" (Benson; Ardila, 1996, p. 1).

A causalidade cérebro-linguagem tornou-se, desde então, a base de sustentação do discurso organicista sobre a afasia. A transmutação de seu sentido filosófico se fez notar na nosologia médica quando o acontecimento cerebral passou a ser invocado para adjetivá-la: "não é outra coisa o que as classificações desse quadro sintomático deixam ver: afasia motora aferente e eferente, afasia sensorial, afasia transcortical, etc." (Fonseca; Vieira, 2004, p. 102)[5]. A referência estrita ao orgânico

4 Projeto nº 522002/1997-8.

5 Esta discussão foi encaminhada no artigo "Aphasia and the Problem of a Convergence between Theory and Clinical Approaches", texto base de uma palestra proferida na 6th International Pragmatics Conference, realizada em Reims, França, entre 19 e 24 de julho de 1998. Posteriormente foi publicado em português pelas autoras Fonseca e Vieira (2004).

indicia o apagamento, ou melhor, a naturalização da perturbação linguística que está em causa na afasia. Ela é aí entendida como mero reflexo cerebral.

Sustentei, desde 1995, o quanto é paradoxal para um clínico de linguagem sustentar o raciocínio causal organicista sobre a afasia. Isso porque se "o médico reserva para si mesmo o estabelecer de um diagnóstico [orgânico] e o 'intervir' no cérebro" (Fonseca, 1995, p. 138), é para o fonoaudiólogo que ele encaminha o afásico, reconhecendo o limite de sua ação clínica que, diga-se de passagem, não inclui a possibilidade de produzir transformação na fala, na escrita e/ou na escuta do paciente[6]. Se a clínica é, como assinala Foucault (1994), um espaço que articula saber e sofrimento, há que se levar em conta que o saber que sustenta o fazer na Medicina diz respeito ao orgânico. No espaço teórico-clínico, o foco recai sobre os "órgãos em sofrimento". Entende-se, portanto, o limite reconhecido no encaminhamento médico: o seu saber não pode atender à demanda clínica de transformação do sintoma linguístico. A aproximação com a Linguística tornou-se incontornável para mim[7].

O título de minha dissertação, *Afasia: a fala em sofrimento* (Fonseca, 1995), deixa ver que é do ponto de vista da linguagem que ela foi problematizada por mim. A reflexão que encaminhei seguiu a trilha aberta por Jackson, em 1866, aprofundada por Freud em 1891, e sustentada por Jakobson em 1954, segundo a qual o cerebral e o linguístico são modos diversos de funcionamento. Nas palavras de Freud (1987, p. 70), eles são "concomitantes dependentes". Razão pela qual ele propôs um "aparelho da linguagem" para explicar os sintomas afásicos. Assim, colocou-nos diante de uma complexidade que suspende o reducionismo do linguístico ao cerebral: se os funcionamentos não são equivalentes, os dois acontecimentos que caracterizam a afasia – lesão cerebral e sintoma na linguagem – devem ser problematizados cada um a partir do funcionamento que lhe é próprio.

Reconhecer tal autonomia implica admitir que ambos sejam "[...] realidades governadas por 'leis próprias' [...] ou que uma realidade

6 De fato, no âmbito da Medicina, fala-se em recuperação espontânea ou por tratamento medicamentoso ou cirúrgico, em casos de tumor.

7 "Aproximação" é mesmo o termo adequado: não se trata de aplicação do saber da Linguística. Sobre isso, ver: Lier-DeVitto e Fonseca (2001).

não se submete à lei de outro domínio. Esse estado de coisas não impede dizer que um funcionamento possa ser afetado por outro" (Fonseca, 1995, p. 78-79). "Não se submeter", mas "ser afetado por" é exatamente o que está em causa na proposição de "concomitante dependente" de Freud[8]. Explicita-se nesse seu gesto que, quando a afasia está em cena, o funcionamento cerebral "não esgota a matéria" (Henry, 1992, p. 182). Dito de outro modo:

> se há, como de fato há, uma relação entre o cerebral e o linguístico, essa relação é de uma outra ordem. Se há uma lesão, essa lesão [...] afeta um funcionamento e é esse funcionamento que deve entrar em cena para que se possa vir a entender o que acontece [...] é exatamente esse passo intermediário entre lesão e sintoma, que é linguístico, que se perde na afasiologia (Fonseca, 1995, p. 101).

Falar em funcionamento da linguagem é, desde Saussure (2006, p. 13), trazer à cena as "forças [que] estão em jogo, de modo permanente e universal em todas as línguas". Forças por ele nomeadas "sintagmáticas" e "paradigmáticas", cujo alcance foi ampliado por Jakobson (2007), quando fez da metonímia e da metáfora as "lei gerais da linguagem na Linguística" (De Lemos, 2014, p. 957). A ordem própria da língua – ou suas leis de referência interna – é que foram invocadas por ele para explicar o distúrbio linguístico na afasia. Lição aprendida e que me possibilitou chegar mais perto da "'lógica que comanda a sintaxe de uma fala' (Lier-DeVitto, 2002) e, assim, tocar o mistério que a afasia coloca para um fonoaudiólogo" (Fonseca, 2002, p. 6).

A leitura/intepretação das falas sintomáticas de meus pacientes me possibilitou, ainda no mestrado, sustentar a necessária problematização das tipologizações das afasias, inclusive aquela especificamente linguística proposta por Jakobson, que, a partir dos "dois modos de arranjo" (metáfora e metonímia), as circunscreveu em "dois tipos de afasia" ("distúrbios da similaridade" e "distúrbios da contiguidade"). Isso porque eu fui confrontada com uma heterogeneidade sintomática desconcertante e com o fato de que a fala de um mesmo afásico, numa mesma

8 Ver também: Fonseca (2008).

sessão de atendimento, na sequência do diálogo clínico, ora resultava do predomínio ou projeção da operação metafórica sobre a metonímica, ora o contrário.

Interessante é chamar a atenção para o fato de que o "predomínio" ou a "projeção" de tais operações também estão em causa na poesia, na prosa ou, como postula Jakobson, em qualquer manifestação verbal. Era preciso, portanto, se indagar sobre o porquê de efeitos tão diferentes, a partir de um mesmo modo de operar da língua: sintomático, no caso das afasias, e estético, por exemplo, no caso da poesia. No mestrado, um passo pequeno é dado na direção de enfrentar esse desafio explicativo, quando eu concluo que na composição caótica do dizer de um paciente, circulavam "restos de textos, mas restos 'habitados', como diz Authier (1990)" (Fonseca, 1995, p. 125). Esclareci em nota de rodapé o significado de "habitados", qual seja: "toda palavra é ocupada pelos sentidos de textos por onde circulou" (Fonseca, 1995, p. 125).

Isso importa na medida em que nenhum discurso está isento de um já dito. Mas, também, porque é exatamente esse fato que se apaga para um falante normal: o de que ele é constituído na/pela fala do outro (De Lemos, 2002). Em outras palavras, ele não é o centro do seu dizer. Ilusão necessária para que se sustente como falante. Note-se que problematizar a condição sintomática do afásico envolverá ultrapassar a explicação do como o sintoma se manifesta na sua fala para discutir seus efeitos sobre essa ilusão constitutiva. E é no âmbito desta premissa que a questão do efeito patológico/sintomático vai ser problematizada em trabalhos posteriores. Vejamos como.

O título de minha tese de doutorado – *O afásico na clínica de linguagem* (Fonseca, 2002) – é índice desse movimento de incluir, para além da fala, também o falante, no rol de problemas a serem enfrentados na reflexão sobre a Clínica de Linguagem[9]. Antes disso, em 1996, Lier-DeVitto e eu escrevemos um artigo intitulado "Reformulating or re-signifying"[10] para ser apresentado na 5ª International

9 Gostaria de destacar aqui o fato de que esse foi um movimento feito pelo conjunto de pesquisadores do Grupo liderado por Lier-DeVitto. Neste ponto do capítulo, tento esclarecer os meus próprios movimentos em meio àqueles dos meus colegas.

10 Este artigo foi publicado em português no ano de 1997 em *Cadernos de Estudos Linguísticos* com o título: "Reformulação ou ressignificação".

Pragmatics Conference, Mexico City, M*é*xico, em que o foco esteve voltado para a articulação língua-fala-falante. Levando em consideração, de um lado, a fala da criança e, de outro, a do afásico[11] encaminhamos, como se segue, a reflexão:

> [...] será que se pode dizer que o modo de presença da criança na linguagem é o mesmo que o do afásico? Certamente que não. [...] A criança não estranha o que diz, ela apenas diz, cede lugar ao movimento da língua. Diferentemente, o que Fonseca (1995) pode ver é que o afásico estranha o que diz. Dito de outro modo, ele *fica sob efeito do que diz* (Lier-DeVitto; Fonseca, 1997, p. 58, grifo nosso).

Note-se que o "escutar-se" é algo que singulariza a condição de um falante já constituído. É verdade que nenhum falante pode decidir sobre o que vem à tona em seu dizer e nem mesmo como se dará a combinação de significantes em uma cadeia; mas, se já foi capturado nas redes da linguagem, ele pode, ao contrário, "dizer sim ou não" às possibilidades combinatórias engendradas pelo funcionamento da língua em sua fala. Nessa medida, "ser intérprete é, então, estar submetido a restrições de natureza sintática e discursiva" (Lier-DeVitto; Fonseca, 1997, p. 58). Se o afásico estranha o que diz, é porque, em alguma medida, o que se manifestou rompeu com restrições de uma e/ou de outra ordem.

Em 1998, também para apresentar um trabalho – "Aphasia and the convergence problem between theory and clinical approaches"[12] – na 6ª International Pragmatics Conference, em Reims, França, eu e a fonoaudióloga Cleybe Hiole Vieira trouxemos ao debate uma questão acerca da natureza da perda que está em causa na afasia: perda da ilusão de ser a fonte/origem do dizer:

11 Colocar em perspectiva a condição do afásico e a da criança foi também o foco de outro artigo (Lier-DeVitto; Fonseca, 2012) nosso e de um escrito em coautoria com a fonoaudióloga Rosana Landi para ser apresentado no 6º Encontro sobre Aquisição da Linguagem, realizado em Porto Alegre, em 2003. Ver: Fonseca e Landi (2004).

12 Artigo publicado em português sob o título: "A afasia e o problema da convergência entre teoria e abordagens clínicas", em 2004, na revista *Distúrbios da Comunicação*. Ver: Fonseca e Vieira (2004).

> o paciente é alguém que se vê como um outro, que não se vê como 'um'. A afasia coloca esse sujeito falante diante de uma perda: perda da ilusão de domínio sobre a fala. [O] afásico reage à sua fala como se ela fosse um enigma. Isso porque ele 'se escuta' (Fonseca; Vieira, 2004, p. 105).

O afásico se escuta e estranha o que diz, estranha sua nova condição de falante/intérprete, porque, muito embora reconheça que algo vai mal na sua fala/escuta/escrita, nada pode fazer para transformá-las. A "impotência verbal" (Lacan, 1985) que a afasia lhe impõe produz um efeito devastador no seu imaginário do que é ser falante de uma língua. Se "o ser falante é aquele [...] afetado pelo fato de que ele fala" (Milner, 1987, p. 95), ao contrário dos falantes ditos normais, a afasia coloca o sujeito em xeque para sustentar uma fala e sustentar-se nela. Condição enigmática que implica um antes no depois da lesão cerebral, sem o que não se poderia falar em estranhamento. Isso porque, como nos ensina a Psicanálise, "estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar" (Freud, 1987, p. 279). Em algumas circunstâncias, "o familiar pode tornar-se estranho e assustador" (Freud, 1987, p. 279). Considerações que nos permitem pensar o que há aqui de específico: embora o afásico permaneça falante, ele não é mais o mesmo que era antes: rompe-se "o ideal de homogeneidade/semelhança que o enlaçava aos falantes de sua língua materna. Singularidade que o angustia e que, também, produz efeitos dessa mesma natureza no outro, que passa a não reconhecê-lo como um igual" (Fonseca; Lier-DeVitto; Freitas, 2020, p. 93)[13].

No final da década de 1990, época em que atendi uma jovem afásica na Derdic, escrevi em coautoria com a psicanalista Ângela Vorcaro (que também a atendia), um artigo em que problematizávamos os impasses que nos foram suscitados, com o objetivo específico de discernir

13 Infelizmente, no âmbito deste capítulo, não será possível me deter nos efeitos sociais da afasia. Indico, apenas, que em função de seu reconhecimento eu e a Prof.ª Dr.ª Maria Francisca Lier-DeVitto propusemos a criação, na Derdic da PUC-SP, de um Centro de Atendimento a Afásicos em que se articulam o Programa de Atendimento Clínico, com o de Inclusão Social (Programa Ponto de Encontro), Atenção à Família e Formação de Terapeutas. Sugiro, para maiores detalhes: Fonseca e Lier-DeVitto (2010); Fonseca, Lier-DeVitto e Oliveira (2015); Gomes e Fonseca (2022).

ações clínicas e seus limites. Esse trabalho, que só foi publicado em 2006[14], reverberou na reflexão que encaminhei em minha tese de doutorado, defendida em 2002. Uma das questões que destacamos ali é a de que se uma fala sofre, um sujeito sofre por seu efeito. Se há afasia, por seu efeito, um drama subjetivo se apresenta. Drama que ganha indubitável nitidez nas palavras daquela nossa paciente:

> é incrível como falar faz falta. Sinto essa falta a cada minuto. O fato de não andar é coisa que a gente esquece, menos quando precisa se locomover, é claro. *Mas, não falar, isso não dá para esquecer*. Dizer um 'oi', explicar um mal-entendido, perguntar 'que dia é hoje?', comentar coisas sem importância, jogar conversa fora, tirar uma dúvida. São coisas que fazemos, a cada momento, sem perceber. Só se percebe quando não se tem fala. *Isso causa tanta frustração* (Scotti, 2003, p. 70, grifos nossos).

Frustração justificada: "foi isso que me tornei: uma estranha para mim mesma" (Scotti, 2003, p. 74). Ao que se acrescenta: "minha vida se quebrou em duas" (Scotti, 2003, p. 124). O estranhamento a que se refere a paciente foi reconhecido por Lacan (1985, p. 250), que pontua que o afásico "fica sempre ao lado do que quer dizer". Divisão confirmada por Cardoso Pires (1997, p. 25-26), escritor português que, vítima de uma afasia transitória, declara: "espantoso como bruscamente o meu *eu* se transformou ali *noutro alguém*, noutro personagem menos imediato e menos concreto [...] eu tinha-me transferido para um sujeito na terceira pessoa [...] Ele, o Outro. O outro de mim". Não é por outra razão que tenho insistido em indicar que o drama vivido pelo afásico produz algo que tem a dimensão de uma "destituição subjetiva". Proposição esclarecida e avançada por Cordeiro (2019, p. 72), segundo quem:

> se nos detivermos no sentido de 'destituir' podemos dizer que algo é retirado do sujeito – e o que é retirado não é qualquer coisa, é algo de si. Nesse 'algo de si', imbricam-se outras perdas vividas pelo afásico: sua condição fragilizada, sua posição na família e no trabalho, capacidades em tarefas diárias e, central, sua fala

14 Ver: Fonseca e Vorcaro (2006, 2014).

> e sua posição como falante de uma língua, nada menos do que da língua materna.

Vale colocar em relevo que a "perda de vez e voz na linguagem" (Lier-DeVitto; Fonseca; Landi, 2007) na afasia também afeta o outro, como já assinalei anteriormente. Isso se deve ao fato de que, quando um falante tão dessemelhante como o afásico se apresenta no palco das trocas comunicativas cotidianas, a diferença que sua condição comporta se oferece – na maioria das vezes – como obstáculo para o encontro com o outro. O estranhamento e a frustração são mútuos! Assim é que entram em cena sofrimento, marginalização e isolamento. Sim, o outro também sofre! Também se sente impotente por não conseguir contornar a diferença, muitas vezes disruptiva, que se impõe e dilacera o ideal de comunicação.

Foi, então, sobre o eixo que articula língua-fala-falante que proposições teóricas e clínicas foram sendo encaminhadas. Ele propiciou que, no doutorado (Fonseca, 2002), eu problematizasse a especificidade do fazer na clínica de linguagem, quando discuti as instâncias diagnóstica e terapêutica propriamente ditas, levando em conta: a) a singularidade de cada paciente e sua fala; b) a heterogeneidade no (de cada) caso; c) a necessária articulação entre teoria e "ações clínicas"; d) a impossibilidade, para um leigo, de conduzir um atendimento; e e) o distanciamento/ruptura com propostas de reeducação.

No que diz respeito à instância diagnóstica, um passo foi dado no sentido de explicitar a natureza da entrevista na clínica com afásicos e propor que eles mesmos deveriam ser convocados – e não informantes (como é o caso de uma anamnese) – para que, com a condição de fala/escuta/escrita que apresentam, possam enunciar uma queixa e uma demanda de mudança dirigida ao terapeuta[15]. Ecos da teorização da Psicanálise, mas com o compromisso de dar contorno específico ao exercício dessa clínica. É o que se pode ver na seguinte afirmação:

> convocar 'informantes' é retirar do afásico sua condição de falante, já que um outro é chamado a falar por ele e dele [...] mesmo diante

15 Sobre isso, ver também: Fonseca (2006, 2014).

> da impossibilidade de emitir fala oral articulada, o sujeito sobrevive à revelia de seu organismo prejudicado. Quero dizer que uma fala desarranjada ou ausência de fala devem ser enfrentadas desde o primeiro encontro. Se entrevista é entrever, ou seja, ver por entre a fala e a presença do paciente, o clínico deve ser capaz de sustentar e sustentar-se frente ao que ele pode dizer ou frente ao seu silêncio (Fonseca, 2002, p. 212-213).

A proposição aqui enunciada decorreu da assunção de que, na Clínica de Linguagem, fala e sujeito são centrais. Por isso, indiquei que a necessária abertura do espaço clínico para acolher o afásico deve implicar o sujeito e/em seu sofrimento: "não se pode prescindir do singular para que ela – a clínica – aconteça" (Fonseca, 2002, p. 248). Outro ponto diz respeito à observação de que, assim delineado, esse procedimento já implica e favorece o que também está em causa na instância diagnóstica, a avaliação da linguagem, ou o enfrentamento do sintoma: "é nessa instância que se dá a imbricação necessária entre a 'escuta na cena clínica' e a 'escuta/leitura do material clínico'" (Fonseca, 2002, p. 248). Essas escutas afetam-se mutuamente e não são equiparáveis a uma análise linguística *stricto sensu* porque comprometidas com o "'sinto mal' do paciente [...] fonte/síntese para uma direção do tratamento" (Fonseca, 2002, p. 249).

No que diz respeito à terapêutica propriamente dita, afirmei que:

> sua base comum implica um 'deixar falar o paciente', o modo como esse falar se instancia é que determina a interpretação do terapeuta. Interpretação que, portanto, não se realiza à revelia do dizer do paciente, mas que incide sobre essa trama significante (Fonseca, 2002, p. 249).

Propus, então, que se entendesse a terapêutica como assentada numa causalidade linguisticamente determinada, já que é no cruzamento de falas, de falas com escritas no jogo da interpretação linguística que se pode almejar que mudanças sejam alcançadas[16]. Essas primeiras proposições teórico-clínicas foram, logo a seguir, replicadas e sua efetividade ratificada e avançada, inicialmente por Marcolino-Galli (2004, p. 98),

16 Sugiro ver também: Chaves, Catrini e Fonseca (2022).

que assinalou, por exemplo, a necessidade de se "levar em conta o tempo da fala (e, portanto, do sujeito) [...] a questão do tempo da fala é da maior relevância para se pensar a respeito da técnica e/ou do 'ato' do clínico de linguagem". Essa questão é, de fato, fundamental na constituição da escuta de um clínico de linguagem. Se nas trocas comunicativas cotidianas, o tempo urge, na cena clínica, é preciso sustentar a hesitação, as paradas abruptas e prolongadas e as tentativas de reformulação que perturbam a temporalidade/sequencialidade da fala. Sustentar essa posição de escuta é preciso porque, muitas vezes, mesmo em meio às escansões sucessivas e reiteradas, um dizer se engendra, ainda que provisória e fragmentariamente. O que importa é que o dizer do paciente seja reconhecido pelo terapeuta como tal e ele como falante (ainda que tão dessemelhante). Gesto que os enlaça na aposta de mudança que dá vida à clínica de linguagem.

É nesse compasso de teorização que Catrini (2005, p. 89) vai explorar conceitos psicanalíticos fundamentais, tais como transferência, sintoma e escuta. Seu objetivo – distinguir sua função e caracterização numa clínica de linguagem:

> o clínico de linguagem não pode ser implicado no sintoma do paciente, como acontece na clínica psicanalítica e, se isso não ocorre, o clínico de linguagem não está em posição de interpretar a transferência – embora não seja indiferente a ela e ao drama subjetivo de seu paciente.

Essa afirmação abriu um importante campo de questões, colocando em cena o fato de que "a escuta do clínico de linguagem não é unicamente afetada pela escuta da fala" (Catrini, 2005, p. 89). No "diálogo clínico", o terapeuta tem que se haver com os efeitos de uma "fala em sofrimento", mas não só; ele é também afetado pelo drama subjetivo que essa fala produz. O que está em causa na adjetivação do diálogo como "clínico" é, então, a questão-problema que dá vida ao mestrado e ao doutorado de Tesser (2007, 2012). A pesquisadora não apenas o confirma como "solo de sustentação do tratamento" (Tesser, 2007, p. 10), mas se ocupa de explicitar sua especificidade: "o que há de mais específico no diálogo clínico com pacientes cujas falas são sintomáticas, como as de afásicos, é precisamente o fato de que fica irremediavelmente suspensa a ilusão

de controle (sobre si e sobre o que se diz) e de laço social" (Tesser, 2007, p. 10). A suspensão de tal ilusão nos impede confundir diálogo com comunicação. Se efetivamente se torna possível, a partir da fala fragmentária do paciente, um "fazer texto" do seu querer dizer é porque um trabalho de articulação entre os significantes é enfrentado e, nele, explicitamente vozes e mãos se movimentam no tempo próprio desse encontro e do encontro do paciente com suas potencialidades encobertas.

Tumiate (2007) não nos deixa marginalizar a dificuldade implicada nessa tarefa. Ao voltar sua atenção para os agramatismos, sintomas recorrentes em falas afásicas, ela coloca em relevo, por exemplo, a sua resistência à descrição categorial e, consequentemente, à sua abordagem pela Linguística. Um movimento de aplicação do instrumental dessa última poderia, no máximo, localizar aquilo que escapa à norma gramatical. Por isso, a autora argumentou a favor da aproximação que se faz no interior do grupo de Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem em direção a uma teorização linguística que inclui a fala viva – "aquela que toca a orelha" – e o vivente falante; sem o que, conclui, não se pode mobilizar uma escuta clínica para a fala afásica.

Guadagnoli (2007, p. 88) segue nessa direção. Sua afirmação de que "leitura e escrita são, como a fala, espaços de realização subjetiva" não deixa margem à dúvida. Em sua dissertação, que conta com a discussão e análise aprofundada de dois casos clínicos, recolhe-se o seu reconhecimento acerca da importância do cruzamento entre essas modalidades linguísticas no "fazer falar" o paciente, "o que, consequentemente, aponta para sua relevância como recurso terapêutico" (Guadagnoli, 2007, p. 88). Sua reflexão abriu um campo fértil de questões. Em 2008, por exemplo, propusemos (Lúcia Arantes e eu) que a escrita fosse entendida como dispositivo clínico, tanto no atendimento de crianças, como de adultos afásicos e demenciados[17].

Note-se como o movimento de inclusão do falante e sua articulação com o funcionamento da língua tem produzido desdobramentos que permitem discernir a teorização sobre a Clínica de Linguagem em sua aproximação com a Linguística e a Psicanálise. Catrini (2011) dá mais

17 Sobre isso, ver Arantes; Fonseca (2008, 2011) e, também, Emendabili (2010, 2016); Marcolino-Galli; Fonseca; Catrini; Cordeiro; Lier-DeVitto (2019).

um passo nessa direção, ao investigar a natureza da apraxia, um quadro sintomático frequentemente associado à afasia. Sua reflexão amplia considerações sobre a noção de corpo a partir de um diálogo teórico com a Psicanálise, que lhe permite chegar à conclusão de que "a máquina orgânica é posta em movimento quando suas engrenagens são atreladas às engrenagens da linguagem [...] Nasce, assim, o ser da linguagem, o falasser, o corpolinguagem" (Catrini, 2011, p. 111). Proposição que fortalece a de que nunca mais se está autorizado a reduzir o corpo do falante ao seu substrato biológico[18].

É também em meio à aproximação com a psicanálise lacaniana que Cordeiro (2014) volta seu olhar para o enigma da manifestação sintomática jargonofásica. Ela atenta para o fato de que o funcionamento da língua, tal como os neologismos presentes na fala de pacientes paranoicos, responde pelas montagens/desmontagens imprevisíveis que a caracterizam. Se aparentemente esses acontecimentos podem ser aproximados, diferenças podem/devem ser discernidas: "não há comparação ou analogia possível entre falas afásicas e falas psicóticas – a condição subjetiva presente nesses quadros é profundamente diversa" (Cordeiro, 2014, p. 98). Reconhecimento que nos leva a concluir que a escuta clínica para interpretar tais sintomas não pode ser a mesma.

Ainda nesse mesmo embalo de aproximação com a Psicanálise, discriminando o que é específico da Clínica de linguagem, que Cesar (2017) se indaga sobre: "o que é um caso clínico?". Mobilizada por abandonos de tratamento, ela os problematiza a partir de um olhar retroativo e conclui que "a temática da transferência (que envolve a questão da demanda) e de seu manejo jogam um importante papel na sustentação do tratamento" (Cesar, 2017, p. 96) também na Clínica de Linguagem. Contudo, ressalta a pesquisadora:

> [...] o encontro com a fala de um sujeito é um acontecimento que nem na clínica de linguagem, nem na Psicanálise, pode se esquivar [...] cada uma dessas clínicas implica abordagens e manejos clínicos distintos, ainda que as concepções de linguagem e sujeito possam aproximá-las (Cesar, 2017, p. 96-97).

18 Sobre isso, ver também Catrini; Lier-DeVitto; Arantes (2015).

Ao enlaçar o conceito de luto com o do drama subjetivo vivido pelo afásico, Cordeiro (2019) ratifica tal afirmação, mas indica que no manejo do sofrimento, o diálogo com a Psicanálise pode fortalecer a posição de acolhimento feita pelo fonoaudiólogo, sem que se confunda a sua posição com a do psicanalista. Ela faz render, portanto, a proposição encaminhada no conjunto dos trabalhos aqui apresentados de que na afasia há mais do que um cérebro ferido e uma fala em sofrimento. O referido drama afásico, diz ela, se apresenta como uma "ferida narcísica", derrocada de um Ideal de Eu que "não propicia possibilidade de compensação" (Cordeiro, 2019, p. 72). Se a afasia, a não ser pela via da recuperação espontânea, é irreversível, o que se testemunha na Clínica de Linguagem é que a condição afásica pode ser transformada: há melhora! Não é outra coisa que move a aposta na Clínica de Linguagem. E um dos dispositivos para o enfrentamento da perda que engendra o luto seria, como propõe a autora, a escrita de "relatos autobiográficos". Seus efeitos positivos foram relatados e discutidos em sua tese de doutorado.

A dissertação de Santos (2022), cujo foco está também voltado para a Clínica de Linguagem com afásicos, é o trabalho mais recente do grupo de pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem. Nele, a relação fala-leitura-escrita é assumida como procedimento clínico, oportunidade para a autora debater a proposição de Cordeiro (2019) de adotar os relatos autobiográficos no âmbito desse cruzamento. Ela assinala que é preciso que se leve em conta aí a singularidade de cada caso, já que não apenas a afetação em cada uma das modalidades é imprevisível e bastante heterogênea, como também o efeito que produzem em diferentes afásicos. A conclusão é a de que, se demandas singulares são levadas em conta, o cruzamento das modalidades pode, de fato, ser um instrumento muito efetivo de intervenção. Ela chama a atenção para o fato de "se na afasia há prejuízo negativo que comprometa as três modalidades [fala-leitura-escrita], é legítimo postular que se há afetação negativa pode haver, reversamente afetação positiva, quando se leva em conta a natureza particular do desequilíbrio entre elas" (Santos, 2022, p. 78).

Considerações finais

Ao rememorar aqui o modo como se teceu a teorização sobre a Clínica de Linguagem com afásicos ao longo destes 25 anos, gostaria de reafirmar

que ela é apenas um dos braços da reflexão que outros colegas pesquisadores realizaram (realizam), tendo em vista suas questões específicas, sejam sobre a Clínica de Linguagem com crianças, sejam sobre a área da Educação ou no âmbito teórico e clínico da Psicanálise. Essa outra parte, que nos reúne no grupo de pesquisa, constituiu – e constitui – solo recíproco no qual se encaminham proposições, levando em conta fundamentos comuns e especificidades. Espero que esta publicação e a totalidade dos capítulos aqui agrupados revelem este enlaçamento que não pode ser alvo de minha detenção aqui.

Antes de finalizar, faço uma última consideração e, para tal, lanço mão das palavras de Lier-DeVitto (2002, p. 264):

> Suzana [...] quer uma outra clínica: aquela que dê 'voz e vez' à 'fala em sofrimento que faz sofrer um sujeito' – uma clínica que teorize sobre a fala e que contemple a singularidade do falante; que respeite a heterogeneidade no (e de cada) caso; que não apague a necessária articulação entre teoria e atos clínicos; e que sustente a figura do terapeuta. [...] Ela insiste que esse empreendimento não dispensa teoria – seu ponto de ancoragem e de construção de uma escuta clínica para a fala.

Diante do exposto neste capítulo, pode-se concluir que esse desejo não era só meu e que a sua realização é obra de muitos e bons companheiros de jornada.

Referências

ABBAGNANO, N. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

ARANTES, L.; FONSECA, S. C. Efeitos da escrita na Clínica de Linguagem. *Revista Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 13, n. 25, p. 14-35, 2008.

ARANTES, L.; FONSECA, S. C. Efeitos da escrita na Clínica de Linguagem. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Faces da escrita. linguagem, clínica, escola*. São Paulo: Mercado das Letras, 2011. p. 117-140.

AUTHIER-REVUZ, J. Heterogeneidade(s) enunciativa(s). *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 19, p. 25-42, 1990.

BENSON, F.; ARDILA, A. *Aphasia. A clinical perspective*. Oxford: Oxford University Press, 1996.

BROCA, P. *Du Siège de la faculté du langage articulé dans l'hémisphère gauche du cerveau*. Paris: Victor Masson et Fils, 1865.

CATRINI, M. *A marca do caso*: singularidade e clínica de linguagem. 2005. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

CATRINI, M. *Apraxia*: a complexa relação entre corpo e linguagem. 2011. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

CATRINI, M.; LIER-DEVITTO, F.; ARANTES, L. M. G. Apraxias: considerações sobre o corpo e suas manifestações motoras inesperadas. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 57, n. 2, p. 119-129, 2015.

CESAR, M. F. C. *Clínica de Linguagem com afásicos*: sintoma, queixa e demanda. 2017. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

CHAVES, S. S.; CATRINI, M.; FONSECA, S. C. Sobre a direção de tratamento na Clínica de Linguagem com afásicos. *Revista Intercâmbio*, São Paulo, v. 50, p. 124-143, 2022.

CORDEIRO, M. D. S. G. *Fala jargonafásica e Clínica de Linguagem com afásicos*. 2014. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

CORDEIRO, M. D. S. G. *O luto na clínica de linguagem com afásicos*. 2019. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019.

DE LEMOS, C. T. G. A criança e o linguista: modos de habitar a língua?. *Estudos Linguísticos*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 954-964, 2014.

DE LEMOS, C. T. G. Das viscissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, n. 42, p. 41-69, 2002.

DE LEMOS, C. T. G. Los processos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, Barcelona, v. 1, n. 1, p. 121-134, 1992.

EMENDABILI, M. *Reflexões sobre a estrutura e o tempo na demência do tipo Alzheimer*. 2016. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

EMENDABILI, M. *Um estudo de perspectivas teórico-clínicas nas demências*: sobre a relação linguagem, memória e sujeito. 2010. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

FONSECA, S. C. A instância clínico-terapêutica da Fonoaudiologia. *In*: FREIRE, R. M. (org.). *Fonoaudiologia*: seminário de debates. São Paulo: Roca, 2000. v. 3. p.

FONSECA, S. C. *Afasia*: a fala em sofrimento. 1995. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

FONSECA, S. C. Afasia, algumas questões. *In*: LIER-DEVITTO, M. F. (org.). *Fonoaudiologia*: no sentido da linguagem. São Paulo: Cortez, 1994. p.

FONSECA, S. C. Corpo e linguagem na monografia de Freud. *In*: LEITE, N. V. A.; TROCOLI, F. (org.). *Um retorno a Freud*. Campinas: Mercado das Letras, 2008. p.

FONSECA, S. C. El Estatuto de la Entrevista en el proceso diagnóstico de la afasia. *In*: BARDONE, L. *et al*. (org.). *Adquisición, Patología* y Clínica *del Lenguaje*. Rosario: UNR Editora, 2014. p.

FONSECA, S. C.; LANDI, R. Questões sobre a correlação entre estágios de aquisição da linguagem e estados afásicos. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 39, p. 313-321, 2004.

FONSECA, S. C. Lesão x sintoma: uma questão de causalidade. *Delta*: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 455-466, 1998.

FONSECA, S. C.; LIER-DEVITTO, M. F. ; FREITAS, C. C. F. Afasia e (na) velhice: Sobre perdas, aquisições e recursos sociais protetivos. *In*: MUSIAL, D. C. *et al*. (org.). *Políticas sociais e gerontologia*: diálogos contemporâneos. Maringá: Uniedusul, 2020. p.

FONSECA, S. C.; LIER-DEVITTO, M. F.; OLIVEIRA, M. T. *Afasia*: tendimento clínico, inclusão social e atenção à família. São Paulo: Artgraph, 2015.

FONSECA, S. C.; LIER-DEVITTO, M. F. O Centro de Atendimento a Afásicos (CAAf) da Derdic/PUCSP: atendimento clínico, inclusão social e atenção à família. *In*: MARCOLINO-GALLI, J.; ZABOROSKI, A. P.; OLIVEIRA, J. P. (org.). *Perspectivas em Fonoaudiologia*: refletindo sobre ações na comunidade. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2010. p.

FONSECA, S. C. *O afásico na clínica de linguagem*. 2002. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

FONSECA, S. C. O estatuto da entrevista no processo diagnóstico da afasia. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p.

FONSECA, S. C.; VIEIRA, C. H. A afasia e o problema da convergência entre teoria e abordagens clínicas. *Revista Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 16, p. 101-106, 2004.

FONSECA, S. C.; VORCARO, A. El tratamiento fonoaudiologico y psicoanalítico de un sujeto afásico. *In*: BARDONE, L. *et al*. (org.). *Adquisición, Patología y Clínica del Lenguaje*. Rosario: UNR Editora, 2014.

FONSECA, S. C.; VORCARO, A. O atendimento fonoaudiológico e psicanalítico de um sujeito afásico. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, patologia e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1994.

FREUD, S. *La afasia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1987.

FREUD, S. O estranho. *In*: EDIÇÃO Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 17 (1917-1918). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GOMES, A. C. S.; FONSECA, S. C. Efeitos estruturantes do entrelaçamento entre arte e clínica de linguagem com afásicos. *Revista Intercâmbio*, São Paulo, v. 50, p. 82-99, 2022.

GUADAGNOLI, C. F. *Considerações sobre fala-leitura-escrita e efeitos clínicos no atendimento de afásicos*. 2007. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

HENRY, P. *A ferramenta imperfeita*: língua sujeito e discurso. Campinas: Ed. UNICAMP, 1992.

JACKSON, J. H. Notes on the Physiology and Pathology of Language. *In*: JACKSON, J. H. *Selected Writings of John Hughlings Jackson*. London: Hodder and Stoughton Limited, 1932. v. 2.

JAKOBSON, R. Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia. *In*: JAKOBSON, R. *Linguística e Comunicação*. São Paulo: Cultrix, 2007. p. 34-62.

JAKOBSON, R. Linguística e poética. *In*: JAKOBSON, R. *Linguística e Comunicação*. São Paulo: Cultrix, 1976. p. 150-207.

LACAN, J. Metáfora e metonímia (I): As gerbe n'etait point avare, ni haineuse. *In*: LACAN, J. *O Seminário, livro 3*: as psicoses. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

LANDI, R. *Falas vazias*: língua, referência e sujeito na demência. 2007. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

LANDI, R. *Sob efeito da afasia*: a interdisciplinaridade como sintoma nas teorizações. 2000. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

LIER-DEVITTO, M. F.; FONSECA, S. C. Hesitações e pausas como ocorrências articuladas. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 54, p. 67-80, 2012.

LIER-DEVITTO, M. F.; FONSECA, S. C.; LANDI, R. Vez e Voz na linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 10, p. 19-34, 2007.

LIER-DEVITTO, M. F.; FONSECA, S. C. Linguística, Aquisição da Linguagem e Patologia da Linguagem: relações possíveis, restrições obrigatórias. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 433-439, 2001.

LIER-DEVITTO, M. F.; FONSECA, S. C. Reformulação ou ressignificação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 33, p. 55-60, 1997.

LIER-DEVITTO, M. F. *Os monólogos da criança*: delírios da língua. São Paulo: EDUC: PUCSP, 1998.

LIER-DEVITTO, M. F. Questions on the normal-pathological polarity. *Revista da Anpoll*, Porto Alegre, v. 1, n. 12, p. 169-186, 2002.

MARCOLINO-GALLI, J. F. *A clínica de linguagem com afásicos*: indagações sobre um atendimento. 2004. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

MARCOLINO-GALLI, J. F. *A relação memória-linguagem nas demências*: abrindo a caixa de pandora. 2013. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

MARCOLINO-GALLI, J. F. *et al*. Velhices fragilizadas pela afasia e/ou demência: sobre o que se testemunha numa clínica de linguagem. *In*: MUSIAL, D. C.; REDA, F. R.; MARCOLINO-GALLI, J. F. (org.). *Cadernos sobre envelhecimento*. Irati: Uniedusul Editora, 2019. v. 1.

MILNER, J. C. *O amor da língua*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

MORAES, M. *et al*. UFF: 20 anos; Entrevista com Regina Benevides: 20 anos da Revista do Departamento de Psicologia - UFF. *Fractal*: Revista de Psicologia, Niterói, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2008.

PIRES, J. C. *De profundis, valsa lenta*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1997.

SANTOS, S. P. *Fala-leitura-escrita*: uma proposta de tratamento na Clínica de Linguagem com afásicos. 2022. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.

SAUSSURE, F. *Curso de Linguística Geral*. São Paulo: Cultrix, 2006.

SCOTTI, L. *Sem asas ao amanhecer*. São Paulo. Ed. O Nome da Rosa, 2003.

TESSER, E. *O diálogo na Clínica de Linguagem*: considerações sobre transferência e intersubjetividade. 2012. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

TESSER, E. *Reflexões sobre diálogo*: sob efeito da clínica de linguagem com afásicos. 2007. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

TUMIATE, C. F. *Considerações sobre o agramatismo*: traçados e tropeços. 2007. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

2

A marca do caso e o corpo na Clínica de Linguagem

Melissa Catrini

Introdução

Ingressei no grupo de pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem ao iniciar o mestrado, em 2003, mas, antes disso, ainda na graduação em Fonoaudiologia, tive a sorte de encontrar Suzana Carielo da Fonseca, ministrando a disciplina Patologias da Linguagem. Eu era aquela estudante que sempre tinha uma pergunta, um comentário, a serem feitos nos corredores, já fora da sala de aula. Tudo era muito interessante e me mobilizava. Intui que havia um caminho de formação a ser percorrido e, tempos depois, me candidatei para estágios extracurriculares no Setor de Patologias da Linguagem da Divisão de Ensino e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (DERDIC) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Recém-graduada, cursei o aprimoramento em Clínica de Linguagem com afásicos. Foi nesse espaço que pude

me aproximar mais de uma prática clínica na qual a subjetividade e a singularidade, tão aclamadas na graduação, ganhavam contorno e assento teórico-metodológico claramente apresentados. Eu buscava compreender frases que se repetiram ao longo da graduação em Fonoaudiologia, mas que me diziam pouco. Afinal, o que significava entender "o sujeito como um todo" ou "a singularidade de cada caso"? Foi na Clínica de Linguagem que encontrei uma estrutura teórica e clínica, um solo no qual pude assentar questões e me localizar em meio ao que me parecia, na época, uma cartografia de difícil compreensão.

Reconheci ali que uma posição clínica se conquista na trilha de uma formação. Assim, o passo seguinte foi participar da primeira turma de Formação em Clínica de Linguagem, curso promovido no então Núcleo de Formação em Clínica de Linguagem (NFCL). Foi lá meu encontro pessoal com os demais membros do grupo de pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem e, em especial, com Maria Francisca Lier-DeVitto, que viria a ser minha orientadora. No NFCL, participei de reuniões e seminários clínicos. Lembro-me de um episódio em que, numa discussão de caso clínico conduzida por Lúcia Arantes – a quem também sou grata pelo encontro e acolhimento, assim como a Lourdes Andrade –, fiz uma pontuação sobre a instância clínica da entrevista e disse, a respeito de uma característica do caso em discussão, que aquela era a marca do caso – algo que o distinguia dos demais.

Lembro-me de ter sido escutada, digamos assim, "de que me deram ouvidos". Ao final daquele encontro, descobri que "marca do caso" não era uma expressão qualquer e que merecia um tratamento teórico no campo da Clínica de Linguagem. Abriu-se, então, para mim a necessidade de avançar mais em minha formação, assumindo o compromisso ético de refletir sobre questões acerca da linguagem, interrogar-me sobre as falas estranhas que mobilizavam o exercício clínico e formular questões teórico-clínicas.

Neste capítulo, apresento a síntese dos trabalhos que desenvolvi em nível de mestrado e doutorado, no Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL) da PUC-SP, sob orientação da Prof.ª Maria Francisca Lier-DeVitto. Na sequência, aponto as direções que tomei já como docente na Universidade Federal da Bahia (UFBA) e pós-doutoranda no LAEL. Espero com isso deixar registrado o modo como, em minha trajetória de formação clínica e acadêmica,

pude participar da consolidação da abordagem teórico-clínica que denominamos Clínica de Linguagem.

A marca do caso: singularidade e Clínica de Linguagem

O subtítulo que nomeia esta seção faz referência ao título de minha dissertação de mestrado, defendida em 2005. Essa dissertação deu lugar às inquietações que minhas primeiras experiências clínicas e de formação em Clínica de Linguagem me traziam, transformando-as em uma direção de investigação científica que foi traduzida do seguinte modo:

> [...] se 'cada caso é um caso' e se estamos falando de clínica, parece-me ser preciso perguntar se cada caso não seria um caso 'para alguém'. Quero dizer, com isso, que embora admitindo que 'a escuta do falante nativo é sensível, que ela não deixa passar diferenças e, muito menos, um efeito de patologia' (Lier-DeVitto; Arantes, 1998), procurarei refletir sobre a *singularidade que marca o 'corpo teórico de um clínico de linguagem'* (Carvalho, no prelo; Lier-DeVitto, 2004). Será nessa direção que procurarei desenvolver o que está anunciado no título deste trabalho: *a marca do caso* (Catrini, 2005, p. 32).

Note-se que desde o primeiro momento em que a expressão "marca do caso" foi trazida, ainda de forma ingênua – como mostrei na introdução deste capítulo –, esteve em cena a posição do clínico frente à singularidade de um atendimento.

Na busca por uma aproximação da singularidade e sua função na clínica de linguagem, compreendi que menções a tipos clínicos genéricos eram de pouca valia. De que adiantava dizer que um sujeito é afásico, que tem uma lesão em tal ou qual lugar no cérebro? Ainda que não fosse irrelevante ter informações sobre a condição orgânica envolvida nas afasias – afinal, não há afasia sem lesão –, rapidamente entendi que esse dado era insuficiente como parâmetro de avaliação. "De fato, para que se possa pensar uma direção de tratamento é preciso apreender '*como* ele é afásico?' ou, dito de outro modo, é preciso definir qual é a condição de sua fala e de sua relação com a fala do outro e a própria" (Catrini, 2005, p. 5).

Nessa afirmação encontra-se eco de minha formação em Clínica de Linguagem e sua premissa de base: para que se possa sustentar o desejo de fazer falar, é preciso reconhecer que falas sintomáticas são resistentes à regularização e à classificação. Na Clínica de Linguagem, a heterogeneidade das manifestações linguísticas e a singularidade de seus efeitos sobre o falante e o outro são fundantes do exercício clínico. Não se pode deixar "o doente entre parênteses" (Foucault, 1994) e enquadrá-lo em um tipo clínico a partir do qual se estabelece o tratamento, como acontece na clínica médica. Isso porque não há uma relação estável entre etiologia e sintoma quando falamos em condições clínicas de linguagem, não cabendo, portanto, um pensamento causalista no espaço da Clínica de Linguagem, como bem nos mostrou Arantes (2001, 2006).

Seguindo esse raciocínio, vemos que o trabalho de Fonseca (1995, 2002) é exemplar. Na clínica com sujeitos afásicos, ainda que a presença de lesão cerebral seja irrefutável, a heterogeneidade dos e nos casos insiste e reclama lugar para que a voz do afásico apareça. Nas palavras da autora, "a heterogeneidade dos casos se torna irredutível e incontornável, o que, se reconhecido, impede a aplicação cega de técnicas" (Fonseca, 2009, p. 43). A pesquisadora trata da clínica com afásicos como uma clínica de efeitos, o que nos remete à singularidade de um efeito, decorrente da singularidade de uma relação clínica, de um "encontro não simetrizável".

Tendo em vista esse ponto de partida, minha contribuição exigia dar consistência teórica e clínica à expressão "marca do caso" e, para tanto, foi inevitável meu trânsito na literatura psicanalítica. Pronunciada por Lacan uma única vez na contracapa da primeira edição da revista *Scilicet* (1968), a marca do caso foi tomada como questão teórico-clínica no livro *La marca del caso o el psicoanalista por su rastro* (Dumézil *et al.*, 1992). Até onde tive notícia naquele momento, essa era a única obra a tratar do tema e, para minha surpresa, foi a partir dela que me dei conta de que "a 'marca do caso' não fazia referência direta à singularidade do paciente, mas sim da singularidade enquanto um efeito transferencial especial – o que envolvia a figura do analista" (Catrini, 2005, p. 46).

Essa expressão lacaniana diz de uma singularidade que convoca e que não é observável ou imediatamente apreensível, mas que afeta o corpo do clínico e está presente em seus atos como efeito – um efeito interrogante que pode mobilizar uma discussão ou escrita. Trata-se

de uma afetação que toca a pessoa do analista no processo clínico, ou melhor, na transferência e que escapa tanto à teorização quanto ao próprio analista.

Para Dumézil e demais autores (1992, p. 10), a expressão "marca do caso" entrava como "ficção operativa" para a condução de seminários clínicos, cujo propósito era o de descobrir o que, no relatado do atendimento, "[...] resistia, pontualmente, ao exercício da função de analista"[1] (Dumézil *et al.*, p. 9, tradução nossa). O ponto era a transmissão de um fazer que colocava o clínico implicado na singularidade que configura a situação clínica. Frente a isso, compreendi que havia dois modos ou dois sentidos envolvidos na questão da singularidade: 1) um deles nos coloca frente à tomada de decisões clínicas (diagnósticas e/ou de direção de tratamento); 2) outro sentido era aquele que dizia de uma marca no clínico que o ultrapassava.

Busquei tratar a questão pelo que mobilizava o clínico a tomar decisões clínicas singulares. Em jogo estavam, portanto, transferência e escuta, o que exigia que distinções entre a Clínica de Linguagem e a Psicanálise fossem ao menos indicadas.

Clínica de Linguagem e Psicanálise compartilham a impossível anulação da fala e, portanto, do sujeito. Acrescento a isso que, decorrência dessa conjunção fala-sujeito, coloca em lugar central a questão da singularidade. As questões sobre o sujeito aproximaram a Clínica de Linguagem do campo da Psicanálise, num gesto que atesta, não só uma afetação pela clínica, mas o reconhecimento do saber ali instituído sobre a subjetividade. No entanto, como afirmou Lier-DeVitto (1994), parentesco não é identidade e não se pode apagar que a natureza do sintoma que convoca a escuta do clínico de linguagem e do analista são distintas.

Em linhas gerais, podemos dizer que o sintoma no campo psicanalítico se apresenta como uma formação do inconsciente, tal como nos sonhos, nos atos falhos, nos chistes. É concebido como "[...] uma mensagem cifrada que o sujeito porta sem sabê-lo"[2] (Rubistein, 1996, p. 22, tradução nossa). Já o sintoma na Clínica de Linguagem é "[...] expressão

1 No original: "[...] resistía en él, puntualmente, al ejercicio de su función de analista".

2 No original: "[...] como mensaje cifrado que el sujeto porta sin saberlo".

de uma lógica significante que comanda a fala de um sujeito, que nela marca seu modo de relação com a linguagem" (Lier-DeVitto, 2005, p. 145). Remete à dimensão da execução, ou seja, daquele que profere a fala: "é com a face da 'execução' [a fala e/ou escrita], que um clínico de linguagem tem que se haver", como bem afirma Lier-DeVitto (2003, p. 238), a partir do *Curso de Linguística Geral* de Saussure, publicado pela primeira vez em 1916. É acontecimento claramente manifesto e incontornável, que expõe o sujeito em sua falta-falha, faz sofrer e o isola dos demais falantes de sua língua (Lier-DeVitto, 2011).

O sintoma que instaura a Clínica de Linguagem envolve, assim, uma escuta para a fala que é particular, distinta da escuta do psicanalista para a fala. Isso não significa que o clínico de linguagem não se importe com questões que remetam à condição psíquica do paciente. Importa, sem dúvida, ao manejo da clínica, se o paciente é psicótico (ou não), importa o drama familiar de uma criança, assim como os efeitos da afasia no sujeito e no jogo de suas relações familiares. Do mesmo modo, não se pode dizer, paralelamente, que um psicanalista seja indiferente a problemas na fala. Contudo, aquilo que na fala afeta a escuta de um psicanalista e de um clínico de linguagem não é coincidente.

A fala que convoca o psicanalista é aquela que mascara, que dissimula o sintoma por entre a trama significante. O clínico de linguagem, por sua vez, enfrenta uma fala escancaradamente problemática – um sintoma manifesto. Dessa reflexão, conclui que o clínico de linguagem não podia ser implicado no sintoma do paciente, como acontece na clínica psicanalítica e que, se isso não ocorre, o clínico de linguagem não está em posição de interpretar a transferência – embora não seja indiferente a ela e ao drama subjetivo de seu paciente.

Ainda que essa conclusão remeta a um determinado tempo do diálogo teórico estabelecido entre Clínica de Linguagem e Psicanálise, o trabalho desenvolvido reflete o esforço de apontamentos de distinções entre esses campos e de enfretamento da questão da transferência e escuta do clínico de linguagem[3]. Devo enfatizar, nesse ponto, que em cena já se anunciava o corpo como questão. Isso porque falamos aqui sobre a escuta teoricamente orientada do clínico, a qual é afetada pela marca do caso – efeito que ultrapassa tanto o clínico quanto o saber da teoria

3 Sobre isso, ver: Andrade (2003); Lier-DeVitto (2011); e Tesser (2012).

na medida em que não é passível de descrição objetiva nem sua causa é tangível: é efeito sobredeterminado e ocorre no espaço transferencial. Mais do que isso, o foco estava no modo como a singularidade de um caso incidia sobre o ato clínico, considerando que "ato" envolve "corpo" e que ele não poderia acontecer senão como efeito de um efeito no corpo daquele que faz um ato, isto é, como efeito de uma afetação no corpo do clínico.

Apraxia: sobre a complexa relação entre corpo e linguagem

Antes de entrar propriamente em meu trabalho de doutorado[4], é importante dizer que, se em minha dissertação de mestrado o corpo comparecia, digamos, nas entrelinhas; em minha tese de doutorado, ele reclamou posição central. Nesse tempo, tomei a questão do corpo pelo lado do falante e sua fala sintomática. Meu objetivo era enfrentar as questões que movimentavam a hipótese diagnóstica de apraxia de fala, bastante comum em sujeitos afásicos.

Perguntas como: "em que medida a escassez de fala estaria relacionada à severidade de um quadro apráxico?" ou "em que medida essas manifestações correspondiam ao modo mesmo de apresentação da afasia?" estavam presentes na vivência de impasses clínicos motivados por situações em que pacientes – adultos e crianças –, que não podiam falar ou com sérias dificuldades de fala, me colocavam. Mais especificamente, era a hipótese de presença do fenômeno apráxico que me interrogava.

Apraxia de fala é comumente definida como

> um transtorno da articulação que resulta em prejuízo, por dano encefálico, da capacidade de programar a posição da musculatura da linguagem para a produção voluntária de fonemas e a sequência dos movimentos musculares para a produção das palavras (Darley, 1978, p. 252).

4 A tese de doutorado, intitulada *Apraxia: sobre a complexa relação entre corpo e linguagem*, foi defendida em 2011 e publicada em 2019 no formato de livro.

Entende-se que a lesão neurológica prejudica a produção e sequenciamento voluntário de fonemas e que, por esse motivo, a terapia deva ter como centro treinos articulatórios e perceptuais para reordenar e fixar os gestos que estão distorcidos. A abordagem, tradicionalmente de natureza cognitivo-comportamental, apoia-se na lógica do dualismo corpo-mente, a partir do qual a apraxia remete a um corpo como massa desgovernada. Isto é, como um corpo que funciona mal devido à dissolução de esquemas de representações mentais dos movimentos aprendidos e intencionais.

Nessa mesma linha, a literatura aponta uma proliferação de tipos de apraxia – apraxia da marcha, para vestir-se, para a deglutição etc. –, demonstrando um grande apego à descrição e menor exploração de uma teoria sobre o problema subjacente a esses diferentes tipos (Catrini, 2019). Fato é que nas apraxias, a estrutura orgânica está intacta e os prejuízos são funcionais.

Restava discutir, então, qual a natureza desses problemas funcionais, que podem atingir a movimentação de braços, pernas, laringe, boca, olhos, ou seja, que atingem o corpo cuja estrutura orgânica não apresenta alterações. Sem medo de errar, podemos afirmar que a apraxia põe em evidência um corpo que não funciona como deveria, o que me levou a seguinte pergunta de pesquisa: "de que corpo se trata quando se fala em apraxia?".

Tendo no horizonte a necessidade de aprofundamento na compreensão sobre o corpo, fiz uma incursão na literatura médica, fonoaudiológica e linguística. Foi o diálogo com a Psicanálise, entretanto, que colocou a linguagem em cena como força determinante de um corpo significado e significante, o que fez toda a diferença em minha reflexão sobre as apraxias. Freud (1987, 2005) foi autor de referência a abrir caminho para o raciocínio que busquei desenvolver sobre o tema.

No estudo sobre afasia, de 1891, o autor postula a "concomitância dependente" entre os domínios "psico" e "físico", apontando para a dissolução do dualismo corpo-mente e abrindo caminho para uma nova concepção de corpo: um corpo em que linguagem e organismo são compreendidos como ordens de funcionamento distintos que se afetam mutuamente. Já no estudo das paralisias, 1893, ele nos mostra que se, por um lado, podem ocorrer modificações da função sem alteração orgânica estrutural (como mostrava a histeria), por outro lado, é fato que

"[...] lesões orgânicas não podem manifestar-se de outro modo que não seja mediante perturbações da função [...]"[5] (Freud, 1987, p. 46, tradução nossa).

Acompanhando Freud (1987, 2005), entendi que "na Histeria, a 'lesão funcional' aponta para uma perturbação no funcionamento simbólico que se impõe ao funcionamento orgânico e, na afasia, a lesão material (o acontecimento físico-fisiológico) deixa sua marca na lógica simbólica que determina o sintoma na fala" (Catrini, 2019, p. 110-111). Frente a isso, pareceu-me ser condição necessária para a compreensão do fenômeno apráxico colocar em perspectiva a relação entre estrutura, função e funcionamento corporal.

Foi Bergès (2008) quem iluminou esse caminho. Ele esclarece que, no campo da Neuropsicologia, "toda função supõe uma estrutura orgânica como suporte – é a maturação dessa estrutura que torna possível certo nível de funcionamento e, com isso, a evolução da função" (Catrini, 2019, p. 93). A partir de Freud, esse brilhante autor e clínico interroga a interpretação organicista da relação estrutura-função-funcionamento e introduz determinantes psíquicos entre cada ponto dessa tríade. Segundo Catrini, Lier-DeVitto e Arantes (2015, p. 123), para Bergés, "o modo como uma estrutura é posta a funcionar envolve mais do que um processo maturacional determinado geneticamente, envolve a afetação subjetiva da ação/olhar do outro sobre o corpo da criança".

A incidência de dizeres, olhares, gestos e toques afeta a relação estrutura-função-funcionamento, o que coloca a imprevisibilidade entre função e funcionamento. Dito de outro modo, com base na perspectiva psicanalítica, o autor assinala que

> '[o equívoco], quando se trata de corpo, [é] o de que haveria, antes da linguagem e ao lado desta, uma modalidade de expressão mais primitiva, mais pura, porque corporal' (Bergès, 1988, p. 51). A expressão corporal é efeito de linguagem, para ele – decorre do 'olhar do outro' (do toque e da interpretação): ela está ligada tanto ao modo de olhar/tocar do outro, quanto a como a palavra chega à orelha. A motricidade do corpo está engajada, sustenta

5 No original: [...] lesiones orgânicas no pueden manifestarse de otro modo que no sea mediante perturbaciones de la función [...]".

> Bergès, na palavra – na busca de sentido para o corpo e no apelo por amor (Catrini, 2019, p. 95).

Sob essa perspectiva, é a força da linguagem que põe a estrutura a funcionar ou a (dis)funcionar – o que nos traz uma noção de corpo, de movimento e de gesto que nos obriga, quando dirigimos o tratamento de condições sintomáticas de fala/linguagem, a tomar como norte o papel transformador da palavra. Isso, inclusive, quando a apraxia está em cena.

Foi a aposta feita pela Clínica de Linguagem em casos de apraxia de fala. Apostamos na escuta para a fala e na afetação teórica dessa noção de corpo ao tomarmos como direção de tratamento o diálogo clínico sustentado pelos "[...] entrecruzamentos entre modalidades de linguagem, ou seja, afetações recíprocas entre falas; falas e gestos; escritas e falas; leituras e escrita; leituras e falas [...]" (Arantes; Fonseca, 2008, p. 21), incluindo aí falas e o apontar figuras, falas e canções. Cantar, diga-se de passagem, coloca "o corpo a bailar no ritmo [de uma] dupla invocação musical e significante" (Catrini; Lier-DeVitto, 2019a, p. 5), a canção nos proporciona o encontro entre melodia e letra – o que permite uma aproximação ao modo como a estrutura orgânica é posta a funcionar a partir das engrenagens da linguagem[6].

Passos seguintes

O estudo realizado no doutorado e minha dedicação à Clínica de Linguagem com afásicos mobilizaram o desenvolvimento em estágio pós-doutoral, também sob supervisão de Lier-DeVitto, de projeto de pesquisa no qual discuti o método clínico elaborado na esfera da Clínica de Linguagem com afásicos, que remete à tese *O afásico na Clínica da Linguagem* de Fonseca (2002), tendo no cerne da reflexão a relação corpo-linguagem.

De início, importa dizer que o corpo daquele que fala é questão presente de maneira transversal na ampla maioria dos trabalhos do grupo de pesquisa. Só para citar alguns: Arantes (2001), Fonseca (2002), Andrade

6 Sobre isso, ver: Didier-Weill (1999); Catrini (2019); e Catrini e Lier-DeVitto (2019a).

(2003), Vasconcellos (1999, 2010) e a sequência é longa. Como afirma Lier-DeVitto (2003), se não há fala sem falante, discutir sobre falas sintomáticas e seu manejo clínico impõe uma necessária reflexão sobre o corpo. Um corpo que dramatiza, que põe em ato a sua não coincidência com o organismo. Isso significa que, de um modo ou de outro, o corpo-linguagem se impõe na escrita de uma Clínica de Linguagem.

Na Clínica de Linguagem, o corpo comparece como questão-problema a ser mobilizada no domínio ético de uma atividade técnica que não isenta o clínico de refletir sobre a singularidade que permeia sua prática. Quero dizer com isso que o corpo comparece como questão a ser discutida no âmbito de um exercício clínico que sustenta uma constante tensão entre a universalidade de paradigmas teóricos e a singularidade do acontecimento sintomático de fala que o inaugura (Lier-DeVitto, 2017, 2011; Andrade, 2006, entre outros). No interior dessa práxis, que põe em movimento um saber universal e um "não saber" da ordem do singular, o fazer clínico irremediavelmente deve partir da desnaturalização do corpo do ser que fala.

Presa ao corpo-organismo, a linguagem permanece como função e efeito de uma indissolúvel articulação entre estrutura anatômica-função-funcionamento. Temos cérebro-mente, ou melhor, organismo e cognição como sendo perfeitamente articuláveis entre si, não havendo conflito entre o que se concebe como um e outro (Fonseca, 2002; Vasconcellos, 2010). A fala é definida como uma função neurológica baseada numa complexa rede neural e o falante e seu corpo são identificados à matéria orgânica, a mente sendo entendida como uma teoria sobre o funcionamento cerebral (Chomsky, 1987).

Numa teorização como essa, como explicar situações em que sujeitos afásicos silenciados ou presos a estereotipias surpreendem familiares e clínicos com falas fluentes e precisas? Resta esclarecer a intrigante heterogeneidade das manifestações sintomáticas de fala e a singularidade de seus efeitos sobre o sujeito falante. Contribuição que tenho buscado dar desde o mestrado, como vimos.

Frente à argumentação de Freud, ou melhor, instigada por ela, Fonseca (1995, 2002, 2009) propõe um método clínico que se sustenta no reconhecimento de que a lesão cerebral não esgota a questão das afasias. Ao diluir a articulação estrutura-função-funcionamento, Freud influencia de maneira decisiva a prática clínica, libertando o afásico da forquilha

etiológica em que foi colocado pela afasiologia médica e fonoaudiológica. Nesse enquadre, ainda que a afasia aponte para um corpo que pode ser considerado em sua forma e presença no espaço, possa ser tocado, manipulado e, como objeto, possa ser partido, despedaçado e ter suas partes articuladas num todo organicamente funcional, numa clínica em que o sintoma na fala está em questão, o corpo nunca pode vir sem sujeito, pois é corpo marcado pela imprevisibilidade da relação estrutura anatômica, função e funcionamento.

Podemos dizer que, de um lado, temos o corpo da fala – densidade significante estilhaçada pela condição sintomática, e de outro, o corpo falante preso num gesto sintomático, falho, excessivo ou faltante (Catrini, 2019; Catrini; Lier-DeVitto; Arantes, 2015). Não é sem razão que Fonseca, Lier-DeVitto e Oliveira (2015) indagam o uso do termo "perda" em definições proferidas no âmbito da clínica neuropsicolinguística para delimitar a afasia. Pressupor que há perda da linguagem nos quadros afásicos não reflete a condição imposta pela patologia – a fala/escuta em sofrimento – constatação recolhida da leitura atenta do trabalho de Fonseca (1995, 2002, 2009, 2011, entre outros).

O afásico, afirma a autora, permanece um falante, mesmo sem ser o falante que era antes do trauma neurológico. Ele insiste em dizer, chora, lamenta-se, cala-se frente ao sentimento de impotência quando suas tentativas de fala são frustradas. É um prisioneiro em seu próprio corpo, pois, na afasia, "há fala aprisionada no corpo" (Fonseca; Lier-DeVitto; Oliveira, 2015, p. 17; Lier-DeVitto; Fonseca; Landi, 2007; Landi, 2006). Diante disso, podemos afirmar que, no método clínico proposto na Clínica de Linguagem com afásicos, parte-se do princípio de que uma lesão orgânica pode perturbar a estabilidade imaginária da relação sujeito-linguagem, mas o modo como isso ocorre é sempre imprevisível, o que impede que o clínico estabeleça a direção de tratamento em torno da meta de modificação da estrutura anatômica (ainda que se possa vislumbrar efeitos da incidência do ato linguístico sobre o funcionamento orgânico).

As ações clínicas visam produzir mudanças na fala, sobretudo na relação do sujeito com a própria fala e com a fala do outro. Desde as entrevistas iniciais, passando pela avaliação de linguagem e definição de direção de tratamento, a técnica envolve a escuta para a fala e para o

corpo falante que, ainda que sem voz, fala em cada gesto, choro, riso e em cada olhar sustenta a presença de um sujeito.

Em resumo, podemos dizer que mesmo que "a força da anatomia sobre a fala [seja] incontestável, [...], na Clínica de Linguagem, vê-se que [afásicos] sofrem, podem atravessar o luto e arranjar-se com o corpo e com a fala que têm" (Catrini; Lier-DeVitto, 2019b). Entende-se que a lesão anatômica pode ditar um tanto do destino da fala, mas não dita o destino do falante e é nessa direção que a aposta clínica é feita. Passo que se desdobra, em 2004, na criação do Centro de Atendimento ao Afásico (CAAf) por Fonseca e Lier-DeVitto na Derdic da PUC-SP, onde ações clínicas e não clínicas concretizam o cuidado ofertado no âmbito da Clínica de Linguagem com afásicos.

Nesse espaço, fiz minha formação clínica com afásicos sob supervisão de Fonseca, o que me mobilizou a propor uma pesquisa multicêntrica, a partir da qual em 2019, com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), deu-se a implantação do CAAf na UFBA, onde atuo como docente. Dessa pesquisa, compomos, com o CAAf-Derdic/PUC-SP e a Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro), *campus* Irati, o que denominamos "CAAf em Rede".

Considerações finais

Neste capítulo, trouxe um pouco dos resultados de meu compromisso em contribuir com a escrita de uma clínica que não renuncia seu caráter essencialmente humanista. Como se pode ver, singularidade, corpo, linguagem e clínica estiveram e estão no cerne das elaborações trazidas. Em 2023, completei dez anos como professora na UFBA e, tendo em vista esse tempo, tomo a liberdade de parafrasear Gilberto Gil para finalizar este texto. Se pude chegar até aqui, se pude contribuir com a escrita da clínica, foi porque o projeto "Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem" me deu régua e compasso, foi porque Maria Francisca Lier-DeVitto esteve comigo e a ela sou imensamente grata. Espero honrar o compromisso assumido e continuar contribuindo com a elaboração e a transmissão da Clínica de Linguagem. Que venham mais 25 anos!

Referências

ARANTES, L. *Diagnóstico e Clínica de Linguagem*. 2001. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

ARANTES, L.; FONSECA, S. C. Efeitos da Escrita na Clínica de Linguagem. *Revista Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 13, n. 25, p. 14-35, 2008.

ANDRADE, L. *Ouvir e escutar na constituição da Clínica de Linguagem*. 2003. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

ANDRADE, L. Procedimento de avaliação de linguagem na clínica fonoaudiológica: entre o singular e o universal. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 349-360.

ARANTES, L. Sobre a instância diagnóstica na Clínica de Linguagem. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 315-330.

BERGÈS, J. O corpo e o olhar do Outro. *In*: BERGÈS, J. *Escritos da criança*. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1988. v. 2. p. 51-65.

BERGÈS, J. *O corpo na Neurologia e na Psicanálise*: lições clínicas de um psicanalista de crianças. Porto Alegre: CMC Editora, 2008.

CATRINI, M. *A marca do caso*: singularidade e clínica de linguagem. 2005. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

CATRINI, M. *Apraxia*: a complexa relação entre corpo e linguagem. 2011. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

CATRINI, M. *Apraxia*: sobre a complexa relação entre corpo e linguagem. Salvador: Edufba, 2019.

CATRINI, M.; LIER-DEVITTO, F.; ARANTES, L. M. G. Apraxias: considerações sobre o corpo e suas manifestações motoras inesperadas. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 57, n. 2, p. 119-129, 2015.

CATRINI, M.; LIER-DEVITTO, M. F. Apraxia de fala e atraso de linguagem: a complexidade do diagnóstico e tratamento em quadros sintomáticos de crianças. *CoDAS*, Salvador, v. 31, n. 5, p. 1-6, 2019a.

CATRINI, M.; LIER-DEVITTO, M. F. Reflexões sobre o corpo falante e seus destinos na clínica de linguagem. *In*: LASCH, M.; LEITE, N. V. A. (org.). *Anatomia, destino, liberdade*. Campinas: Mercado de Letras, 2019b. p. 425-434.

CHOMSKY, N. *Language and problems of knowledge*: the managua lectures. Cambridge: The MIT Press, 1987.

DARLEY, F. L. Apraxia para el habla. *In*: DARLEY, F. L.; ARONSON, A. E.; BROWN, J. R. *Alteraciones Motrices Del Habla*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 1978. p. 248-274.

DIDIER-WEILL, A. *Invocações*: Dionísio, Moisés, São Paulo e Freud. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 1999.

DUMÉZIL, C. *et al*. *La Marca del Caso o el Psicoanalista por su Rastro*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1992.

FONSECA, S. C. A Clínica de Linguagem com Afásicos. *In*: SANTANA, A. P.; MANCOPES, R. (org.). *Perspectivas na Clínica das Afasias*: o sujeito e o discurso. São Paulo: Santos Editora, 2009. p. 41-70.

FONSECA, S. C. *Afasia*: a fala em sofrimento. 1995. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

FONSECA, S. C. Afasia: fala em sofrimento que faz sofrer um sujeito. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE LA ALFAL, 16., 2011, Acala de Henares. *Anais* [...]. Acala de Henares: Universidad de Acala, 2011. (Obras colectivas de Humanidades, v. 28).

FONSECA, S. C.; LIER-DEVITTO, M. F.; OLIVEIRA, M. T. *Afasia*: atendimento clínico, inclusão social e atenção à família. São Paulo: Artgraph, 2015.

FONSECA, S. C. *O afásico na clínica de linguagem*. 2002. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1994.

FREUD, S. *Estudio comparativo de las paralises motrices orgânicas e histéricas*. Buenos Aires: El Ateneo, 2005. (Obras Completas, t. 1).

FREUD, S. *La afasia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1987.

LANDI, R. Pontuações sobre a Interdisciplinariedade na Fonoaudiologia. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 227-234.

LIER-DEVITTO, M. F. Abordagem de falas sintomáticas: sobre a condição intervalar da clínica de linguagem entre a linguística e a psicanálise. *In*: SILVEIRA, E. M. (org.). *As bordas da linguagem*. Uberlândia: EdUFU, 2011. p. 57-67.

LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 65-71, 1998.

LIER-DEVITTO, M. F. (org.). *Fonoaudiologia*: no sentido da linguagem. São Paulo: Cortez, 1994.

LIER-DEVITTO, M. F. De como se tece uma clínica ou O afásico na clínica de linguagem. *Revista Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 261-266, 2004.

LIER-DEVITTO, M. F. Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 47, n. 1/2, p. 143-150, 2005.

LIER-DEVITTO, M. F.; FONSECA, S. C.; LANDI, R. Vez e Voz na linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 10, p. 19-34, 2007.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da Linguagem: subversão posta em ato. *In*: LEITE, N. (org.). *Corpo e Linguagem*: gestos e afetos. Campinas: Mercado da Letras: FAEP: Unicamp, 2003. p. 233-246.

LIER-DEVITTO, M. F. Sobre o que se colhe e o que se recolhe na leitura de Saussure. *In*: CRISTIANINI, A.; OTTONI, M. A. R. *Estudos Linguísticos*: teoria, prática e ensino. Uberlândia: EdUFU, 2017. p. 51-62.

RUBISTEIN, A. M. El concepto de síntoma en Freud. *In*: RUBISTEIN, A. M. *Diversidad del Síntoma*. Buenos Aires: Escuela de la orientación lacaniana, 1996. p. 13-32.

SAUSSURE, F. *Curso de Linguística Geral*. São Paulo: Cultrix, 2006.

TESSER, E. *O diálogo na Clínica de Linguagem*: considerações sobre transferência e intersubjetividade. 2011. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

VASCONCELLOS, R. *Organismo e sujeito*: uma diferença sensível nas paralisias cerebrais. 2010. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

VASCONCELLOS, R. *Paralisia cerebral*: a fala na escrita. 1999. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

PARTE II

Clínica de Linguagem com adultos

3

Avaliação de linguagem e direção de tratamento em um caso de Demência de Alzheimer

Juliana Marcolino-Galli
Maria Francisca Lier-DeVitto

Introdução

O atendimento fonoaudiológico de sujeitos com demência impõe a reflexão de, no mínimo, três condições: 1) uma queixa sobre dificuldade de memória e, nesse sentido, o compromisso teórico sobre a relação sujeito, memória e linguagem; 2) um sujeito que vai se distanciando do outro com o avanço da doença, o que envolve manejos para sustentar o tratamento; e 3) a posição subjetiva e linguística do falante com demência nos indaga sobre a direção de tratamento e o que se espera com mudança linguística.

A visada teórica deste trabalho é a Clínica de Linguagem e, sob esse ponto de vista, apresentaremos a fala de

uma senhora com diagnóstico de Demência de Alzheimer (DA), em estágio inicial, para encaminhar a discussão sobre o que nomeamos, em trabalho anterior, como "repetição sintomática" (Marcolino-Galli; Lier-DeVitto, 2020). Oferecemos um olhar linguístico-enunciativo sobre a fala para a decisão sobre o tratamento fonoaudiológico da paciente.

Ao lado de outras pesquisadoras[1] (Emendabili, 2010, 2016; Fonseca 2012; Landi, 2007; Lier-DeVitto; Fonseca; Landi, 2007), filiadas à Clínica de Linguagem, Marcolino-Galli (2013) explorou, na tese de doutorado, falas de pacientes com demência e demarcou-se especificidades da posição do falante frente à própria fala e à fala do outro. A clínica testemunha que se a fala do sujeito com demência perde laços com a referência externa, nessa fala opera o jogo das referências internas da linguagem e a insistência de blocos cristalizados. Essa repetição sintomática na fala é entendida como "aprisionamento", um sintoma na linguagem que caracteriza a fala de pacientes com demência e, de um outro modo, também a fala de afásicos.

Importante ressaltar a distinção entre afasia e demência. A relação entre a afasia e demência deve-se ao fato de esses adultos já terem, um dia, se reconhecido como falantes "plenos" de uma língua. Há, ainda, o fato de que quadros de afasia e de demência envolverem lesão cerebral associada à perturbação na linguagem. Apesar de afasias e demências remeterem a um problema cuja etiologia é cerebral, a diferença entre essa determinação não aproxima o que dela emerge como efeito em um quadro e em outro. Do ponto de vista orgânico, a afasia decorre de uma lesão cerebral estável e a demência implica lesão degenerativa e gradual do cérebro – trata-se de uma doença neurológica progressiva, o que, de antemão, deveria interrogar propostas clínicas. Do ponto de vista linguístico, a clínica e a reflexão de autoras filiadas à Clínica de Linguagem introduziram diferenças na relação do sujeito com a própria fala e com a do outro. Podemos dizer, com Fonseca (1995, 2002), que o afásico guarda

1 Essas autoras desenvolvem trabalhos no grupo de pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, coordenado por Lier-DeVitto e Arantes no Programa de Pós-Graduados em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). O termo "Clínica de Linguagem" refere-se à perspectiva teórica e clínica com estreitos laços com a proposta de De Lemos (2002) na área de aquisição de linguagem no Instituto de Estudos da Linguagem (IEL) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

na escuta a sua fala de antes da lesão cerebral e, por isso, reconhece que seu dizer afásico é expressão de uma fala em sofrimento. Essa cisão na escuta do afásico propulsiona um pedido de ajuda: que o clínico possa mudar sua condição de falante (Fonseca, 2012).

Quanto à repetição sintomática na fala de afásicos, Marcolino-Galli e Lier-DeVitto (2020) analisaram os fenômenos linguísticos marcados por insistência dos mesmos fragmentos na fala. Esse retorno de um mesmo na fala distancia-se da repetição que sempre implica diferença.

> 'Trata-se, a nosso ver, de reproduções, 'repetições sintomáticas' que paralisam a fala e aprisionam o falante' [...] Mesmo no aprisionamento sintomático da fala, com tendência à reprodução, supomos que o sujeito falante está na escuta, no corpo, no silêncio, nas hesitações, nos suspiros (Marcolino-Galli e Lier-DeVitto, 2020, p. 42).

Cabe indagar se a fala com tendência à reprodução tem o mesmo efeito na escuta do sujeito com demência. Disso decorre a importante distinção entre afasia e demência apresentada pelas autoras da Clínica de Linguagem.

Na afasia, não se perde a referência externa, não evanesce a relação sujeito com a realidade. É a escuta do afásico, imaginária da língua constituída, que guarda sua posição de falante anterior à lesão cerebral. Na escuta, faz-se a unidade do diálogo entre clínico e paciente. O clínico recolhe significantes da cadeia desalinhavada na fala do afásico e interpreta, ou seja, persegue um lugar na estrutura que faça emergir o sentido que ficou perdido na fala do paciente.

No caso das demências, esse enlaçamento entre clínico e paciente fica fragilizado. No estágio final da doença, dilui-se o efeito comunicativo e a operação deixa de ordenar a realidade. Rompe-se a referência externa, mas a fala insiste, bastante articulada do ponto de vista sintático – há como que uma cristalização da representação gramatical em detrimento da mobilidade da cadeia significante.

O sujeito com demência na Clínica de Linguagem

A demência impõe especificidade no manejo clínico que diz respeito à posição linguística e subjetiva. Quanto à relação entre memória e linguagem, parte-se do pressuposto de que o sujeito é efeito (é-feito) de linguagem e de que memória, por consequência, é efeito (é-feita) de linguagem. Nesse sentido, afasta-se do conceito de memória como função cognitiva, como arquivamento.

Acompanhamos o movimento de Freud na elaboração do "aparelho psíquico", como um aparelho de linguagem e aparelho de memória[2]. O que se retirou das leituras freudianas foi um argumento que dissolve a hierarquia entre memória e linguagem, estabelecendo, assim, entre essas instâncias que se retroalimentam, relação de concomitância[3]. Nesse ponto, o funcionamento psíquico é memória governada por uma estrutura de linguagem: traços mnêmicos associados por condensação e deslocamento, ou seja, estrutura da linguagem em funcionamento, propriamente dita, o que nos levou a afirmar que são domínios "concomitantes dependentes", para utilizar uma expressão do próprio Freud (1891), em "A afasia", quando ele ressignifica o paralelismo psicofísico de Jackson (1866) *apud* Fonseca (2002)[4].

Landi (2007) inaugurou a reflexão sobre a demência na Clínica de Linguagem. A autora desnaturalizou termos amplamente utilizados na literatura médica e fonoaudiológica para descrever a fala na demência. Ela suspendeu termos como "fala vazia", "falta de referência" e "anomia". A discussão centralizou-se na referência externa", e ela pode dizer que, mesmo que a fala do paciente com demência não tenha efeito comunicativo e, muitas vezes, está distante do outro e da realidade, há referência interna – regida pelo funcionamento da língua. Disso decorreu

2 Marcolino-Galli (2013), em sua tese de doutorado, explora a relação memória e linguagem nos textos de Freud: "A afasia" (1891 [2013]); "O projeto para uma psicologia científica" (1895); "A interpretação dos sonhos" (1900) e "Psicopatologia da vida cotidiana" (1901), entre outros. Este capítulo é um recorte da tese de doutorado.

3 Ver Fonseca (2002) sobre a relação de concomitância entre cérebro e linguagem quando se debruça sobre os trabalhos iniciais da obra freudiana.

4 Ver Fonseca (2002) sobre o paralelismo psicofísico e o pensamento inovador de Jackson. Ele propõe que uma relação em paralelo, ou seja, "concomitantes independentes". Isso significa que a lesão cerebral causa uma nova condição orgânica, mas não causa uma nova condição mental ou linguística.

que a referência externa é efeito de interpretações mobilizadas por referências internas e aponta para a necessidade de inclusão do falante. Emendabili (2010) concorda com Landi ao sublinhar que aquilo que o sujeito diz, mesmo que desorientado da referência externa, "é carregado de vivências subjetivas" (Emendabili, 2010, p. 1). A autora visualiza a possibilidade de uma clínica com o objetivo de "sustentar o falante na fala". Nesse caso, o clínico deve suportar "ficar tanto fora de um sentido desejado ou antecipado" (Emendabili, 2010, p. 84).

Fonseca (2012) discutiu a distinção entre afasias e demências, considerando a posição do falante afásico e do sujeito com demência frente à fala do outro e à própria fala. Sua vasta experiência com afásicos a fez atestar que são quadros de linguagem distintos. Ela relatou fragmentos dos atendimentos de uma senhora com diagnóstico de doença de Alzheimer. Sobre os episódios dialógicos, Fonseca notou que a senhora "não era indiferente" à fala do terapeuta. Ela tomava a fala do outro como uma demanda enunciativa e em seu dizer persistia o jogo combinatório da língua, apesar do efeito de "fala vazia" devido às estereotipias verbais.

Emendabili (2016), em sua tese de doutorado, descontrói a cronologia da DA em estágios ou fases, indicando as oscilações sintomáticas na relação sujeito-língua-outro em qualquer fase da doença. Ao assumir o ponto de vista do falante, mudança estrutural da relação do demenciado frente à própria fala e à fala do outro, a ideia de estágios e fases pouco podem guiar o tratamento fonoaudiológico.

Cabe, portanto, a indagação: como fala o paciente demenciado? Ele fica preso às vivências? Preso à fala do outro? Nas demências, afirma Landi (2007, p. 14), as falas são "[...] perfeitamente articuladas, mas frustrantes porque desajustadas em relação à expectativa do outro". A fala é fluente, afirma a autora, mas, ainda assim, causa estranhamento no ouvinte. A fala não faz signo e o laço com o outro se dilui. Landi (2007, p. 110) observa:

> Se, na demência, o sujeito vai fugindo do outro, a linguagem vai perdendo função comunicativa e se revolve em torno de uma mesma massa sonora, caminha apoiada na repetição da fala do outro, de expressões formulaicas que irrompem na fala do paciente, as quais não podemos determinar nem a fonte (de onde

ela vem) e nem para quem ela é, de fato, endereçadas. Mas, só no final, a fala perde laço com falas (própria e do outro).

O sujeito com demência fala suas vivências e, por aí, pode-se deduzir que há falante na fala. O que chama a atenção é a cisão entre fala e escuta, ao contrário da posição do paciente afásico como já assinalamos. A partir disso, Landi pode atestar que enquanto houver fala na demência, há movimento regido pela reflexidade da linguagem. Isso quer dizer que mesmo "desorientado", o demenciado fala as suas vivências. Há língua, há falante, há memória na demência. Entretanto, o modo de relação do sujeito com a própria fala e a do outro está abalado. Como efeito, perde-se a função comunicativa e a referência externa.

De um modo geral, os trabalhos das pesquisadoras da Clínica de Linguagem identificam a especificidade da demência no que diz respeito à posição do falante frente à própria fala e à fala do outro. Especificidade caracterizada por: 1) distinção entre afasia e demência, principalmente na relação fala e escuta. A escuta presa ao imaginário do falante, como semelhante, não se sustenta na demência; 2) a demência envolve a dominância da dissolução imaginária; 3) a fala se apresenta presa às vivências – presa ao simbólico – e desencontra a cena enunciativa (referência externa).

A fala de Marlene: diagnóstico de linguagem e direção de tratamento

Na avaliação da linguagem, o clínico assume o compromisso ético de construir um dizer sobre a fala/escrita e a lógica que configura o sintomático (Arantes, 2001). Para tanto, ele parte da constituição de uma escuta especializada que possa ser afetada pela manifestação sintomática e que possa afetar o tratamento (Andrade, 2003). O que só será viável quando se é afetado por uma posição teórica. Assim, a avaliação da linguagem deve orientar a interpretação para a fala do paciente.

Vale dizer que a interpretação não é compreensão do sentido ou contextualização no diálogo. A interpretação da fala é dispositivo clínico que promove a mudança de posição do sujeito na linguagem, ou melhor, que produz efeito estruturante na fala/escrita do paciente

(Spina-de-Carvalho, 2003; Santos, 2021). Desse modo, não há regra ou norma para interpretar, mas o que se recolhe, como efeito, na instância diagnóstica direciona a interpretação clínica. Considera-se a singularidade de cada caso e que a interpretação preserve a posição do falante quando o paciente procura sustentá-la.

A relação entre fala do terapeuta e fala do paciente configura-se no diálogo clínico. Nesse sentido, diálogo não é comunicação ou troca de informações e está relacionado com a noção de imprevisibilidade, indeterminação. Não há uma relação dual – terapeuta e paciente, já que a noção de língua torna essa relação triádica (terapeuta-língua-paciente). É um encontro entre "redes significantes" que, devido à "assimetria entre falantes" – clínico e paciente –, promove um conflito marcado pela presença do sintoma. Disso decorre que o clínico escuta a densidade significante da fala/escrita e, ainda, escuta um sujeito que sofre um drama subjetivo (Tesser, 2012). Essa escuta clínica é constituída a cada novo caso na avaliação da linguagem, a partir do cruzamento da "escuta/interpretação em cena" e "fora de cena" – leitura do material transcrito em ortografia regular.

Marlene, uma senhora de 72 anos, compareceu à clínica fonoaudiológica, encaminhada pelo médico e com diagnóstico de DA em fase inicial. Ela é professora aposentada de português e francês e participou ativamente das entrevistas iniciais, mesmo acompanhada por uma cuidadora formal. A senhora, em vários momentos, disse que vinha tendo "problemas de esquecimento" há cerca de dois anos. Quando questionada sobre essa queixa, ela "desviava" ou, então, repetia que não tinha demência de Alzheimer. Esses esquecimentos estavam relacionados às dificuldades em acompanhar o sermão na Igreja, ler e escrever, nomes das pessoas.

O primeiro efeito na escuta clínica foi que a paciente falava "sem parar". A terapeuta tinha dificuldade para interrompê-la e, principalmente, encerrar as sessões. Mais do que isso, a terapeuta ficava "fora do sentido" porque Marlene deslizava de um texto ao outro, apesar da fala bem articulada e fluente. Deslizamentos que não eram dispersões textuais porque ela conseguia, em muitos momentos, retomá-los. Ela se sustentava em suas vivências. Ela quase não hesita, mas ri. Vejamos:

1)

Terapeuta (T) e paciente (M) conversando sobre orientações do médico.

M: ontem ainda, meu Deus do céu, ontem eu fui na casa da minha costureira, que ela tá muito doente, era só atravessá a rua e a filha dela tava lidando com o, como é que é, computador, e tinha os fios tudo assim, e eu não vejo, no fim derrubo computador, tudo

T: se enrolou nos fios?

M: credo, Deus, tô caindo, nem no meu jardim que eu gostava de lidar não posso mais, às vezes eu vejo um mato lá e quero tirá, sabe? Outro dia caio lá, caio, e eles ficam loco de brabo comigo, pra eu não ir lá, mas tão tirando minhas flores, eu digo 'ah: que não quero que tire, plantem mais', mas arrancam, pra eu não ir (riso).

T: o que a senhora acha disso, de cair?

M: de cai é a fraqueza dicerto, já me deu isso né, a velhera também né? (riso), mas quero vê, ontem morreu uma senhora lá, mas eu sei que eles não me contam mais, que eu sempre fui no enterro, mas sempre vô igual (riso) ô se não tem que me leva de carro, né? ...que eu não ando, não vô. Antes eu ía toda vida a pé, tem uma rampa sabe assim pra subi, eu ía a pé. Agora não aguento ir a pé, me dá dor nas perna e ando muito mal, meio tropeçando, se eu vô tira um matinho, eu caio (riso), ontem cai lá no meu, meu Deus, no jardim... não sei o que passa, também você veja, ela deitada na cama, ainda bem que é baixinha a cama, assim lidando com o computador, bem baxinha a cama, como essa cadeira, e tinha aquela fioarada, mas eu não notei, porque eu não, sabe como é, a gente, e fui e enrosquei o pé, lá me fui, caí derrubei até o... (riso), mas eu disse assim 'meu Deus se estrago, eu pago pra você, não fique nervosa', mas não estrago nada, graças a Deus, não estrago, era baxinho assim, mas eu.... fiquei com tanta vergonha, eu e o pai dela bebe muito, né? Eu disse 'não se incomode, se não dá pra consertar eu compro um novo pra você'. Daí, ele não fez, não fez nada, mas eu só pra ele não falar mais. E a mulher dele, muito boa, tá muito doente também. Ela não costura mais, e veio essa filha que não tava, ela tava empregada lá no norte, veio pra atendê ela. Mas ela disse assim 'eu vô leva lá', 'cê dexe, leve consertá'. Não fez nada, né? Não fez nada, só uma coisinha assim, com certeza, porque eu não vi, não vi nem um nada no chão e não vi nada (riso) [...].

Nesse longo turno da paciente, com poucas hesitações, reformulações ou referência à escuta do outro, alguns pontos chamaram a atenção na interpretação "fora da cena". Os deslizamentos metonímicos, sem dispersão textual, já que há um retorno ao texto inicial. Três histórias estão articuladas quando ela inicia a narrativa da queda da costureira:

> *1) 'Tô caindo' desliza para a* queda no jardim*, texto recorrente em quase todas as sessões;*
>
> *2) 'Velhera' articula a morte de uma senhora;*
>
> *3) 'Fiquei com tanta vergonha' traz 'o pai dela bebe muito' e, depois a doença da costureira.*

Interessante é a passagem para a retroação, a qual produz o efeito em cena. Ela retorna à queda na casa da costureira, mas também por um deslizamento metonímico. Não parece a retomada da palavra, quando diz "*também você veja, ela deitada na cama*", mas um amálgama nos três textos. Ela diz:

> *meio tropeçando,* se eu vô tira um matinho*, eu caio (riso), ontem cai lá no meu/ meu Deus no jardim ... não sei o que passa, também você veja, ela deitada na cama, ainda bem que é baixinha a cama, assim lidando com o computador.*

A referência temporal "ontem" – marcando o tempo presente do enunciado – é duvidosa: "*ontem eu caí no meu jardim*" ou "*ontem eu fui na casa da costureira*". Nota-se que na cadeia "*ontem caí lá no meu*" segue uma pausa – indício de escuta para a própria fala e de posicionamento no presente, que articula, em seguida, os dois textos (queda no jardim e casa da costureira).

Para nossa surpresa, nas sessões seguintes, "ontem", "esses dias", "na semana passada" fixou-se no dia da queda no jardim (um sujeito preso nessa cena). Esse texto era contado em quase todas as sessões, como se fosse inédito e sempre ligado à velhice e à morte de outras pessoas. Os recortes 2 e 3, ocorridos em diferentes sessões, são exemplares da repetição da narrativa sobre a queda no jardim que se repetia em quase todo encontro entre terapeuta e paciente. Como se pode notar,

não são blocos estáticos de uma fala cristalizada. Há mobilidade no encadeamento do mesmo texto.

2)

M: às vezes quando morre muitos parentes da gente (riso) falo em morte, né? Eles não me contam mais porque eu vô em tudo quanto é enterro (riso) porque eu sô uma das mais velha, né? [...] Porque eu não posso ir a pé, eu tenho muita dificuldade em andá sabe, caio onde que é né? Agora como netinho, eles só me dão pra eu ficá um pouco sentada com ele né? Eu já cai no jardim (riso) eu fui plantá e cai dentro dos cantero, sabe? E eles tinham saído aquela hora lá de casa sabe, disseram 'já voltamo' a senhora sabe (SI) eu disse 'não', mas vi aquele pezinho de flor lá mal plantando, vô plantá, caí sentada, depois não posso levantá, ainda bem que caí sentada.

3)

M: uhum, agora quero vê se dá pra implantá mais esses dentes aqui às vezes (SI) se não eu implantava todos aqui sabe, apesar de sair caríssimo, né? Porque eu tenho medo de implantá, já era pra ter implantado, de burra não fiz, tava bem boa daí não come, a fraqueza né? E era forte, andava bem agora não ando muito bem, tenho que andá, qualquer dia desse tenho que andá de bengala, caio não posso me levantá, esses dias cai no jardim, eles tinham saído um poquinho mas já voltavam, e eles não querem que eu faça, porque eu gosto muito de lida assim com flores, sabe.

Durante a avaliação da linguagem, não escutamos momentos em que a paciente poderia se deparar com "problemas de memória", apesar da sua queixa. O nosso estranhamento era o "excesso" de fala que parecia não incluir a posição do outro. Ela "esquecia" que contava a mesma história toda semana? A fala era fluente e bem articulada nos relatos pessoais. Nesse momento, estávamos com textos que se repetiam em todo atendimento – velhice, queda, morte – e um excesso de fala que impedia a entrada do outro. Além disso, a alegria sempre constante e a alienação frente às pessoas na recepção da clínica causavam estranhamento. Ela sempre convidava desconhecidos para irem à sua casa, enquanto aguardava a terapeuta na recepção. Continuamos a avaliação para acompanhar as queixas sobre dificuldades de compreensão da fala do outro (do sermão, da novela).

Um drama subjetivo se apresentou na avaliação da linguagem escrita. Quando a terapeuta narrava uma história ou pedia para a paciente ler algo e depois comentar, Marlene paralisava, se queixava, não arriscava mais. De fato, ela não conseguia narrar nada que não fossem suas próprias vivências. Efeitos sobre um sujeito que carrega o diagnóstico de Alzheimer? A relação com a fala do outro criava embaraços. Ela não sustentava a escuta para fala/texto do outro. Nem sempre ela compreendia a fala do terapeuta e paralisava frente aos textos do outro. Um esvaziamento imaginário despontava e um simbólico que aprisionava o sujeito. Na escrita, ela era afetada por aquilo que produzia. Ao ler o texto que escreveu, ela disse: "*viu como eu erro*" e "*não sei o que eu fiz aqui*". Ao final, "*pareço uma criança escrevendo*".

Chamou atenção que, sem a solicitação do terapeuta, a paciente passou a escrever diariamente em casa. Em sua opinião, ela dizia que a escrita melhora o "esquecimento". Tomamos isso como um efeito produzido pela escrita e uma direção clínica iniciada pela paciente. Entendemos que Marlene estava se distanciando do outro e da realidade imediata e aprisionando-se em suas próprias vivências. A direção do atendimento foi pautada pela tentativa de suplência imaginária que pudesse mantê-la mais próxima do outro e da realidade textual em curso.

Na terapêutica, como afirma Tesser (2012, p. 88), "o clínico faz suplência aos descaminhos da fala". Isso quer dizer que o clínico oferece apoio – contenção e contorno – para que o paciente se sustente como falante. A partir da interpretação do clínico, a fala do paciente produz efeito de significação e faz, portanto, signo: há encontro entre referência interna e externa.

A senhora Marlene não precisava da interpretação do clínico para falar. De fato, para falar de si, ela não precisava do outro. A instância diagnóstica direcionou a escuta para a repetição sintomática e aprisionamento dos textos. A primeira direção foi que o clínico também pudesse "entrar" no excesso da fala. Frente aos longos relatos, especialmente nos deslizamentos, o clínico pontuava cruzamentos de textos, dispersões, retroações. Assim, Marlene poderia falar para outro e não somente para si própria – ela pode escutar-se.

Os questionamentos da terapeuta produziam hesitações na fala da paciente. Ela parava e respondia ao outro para sustentar uma fala mais endereçada. Decidimos, também, que a escrita seria um bom ca-

minho, já que a paciente era afetada pelo material e paralisava. Esse era um momento de fazer a suplência imaginária da sua posição de falante/escritor. Entre fala e escrita, há relação de "mútua afetação" porque são regidas pelo funcionamento linguístico. No entanto, a distinção entre a posição sujeito-fala e a posição sujeito-escrita deixa ver que uma modalidade pode ser apoio para outra, como testemunha a clínica (Marcolino; Catrini, 2006).

Na leitura desses textos, Marlene compreendia, na maioria das vezes, a fala do outro e não paralisava mais. Ela continuava um texto próprio, mas falado e indagado pelo outro. A realidade se organizava pelas interpretações da terapeuta. Após seis meses, ela decidiu encerrar os atendimentos porque estava se sentindo melhor, como se observa a seguir:

4)

T: A senhora acha que a memória da senhora melhorou?

M: tá melhorando, porque eu lembrava dos sonhos, e comecei a sonhar e lembrar, qué dizê que eu melhorei, eu nunca sonhava antes, nada e sonhei só com o passado, com o presente eu não sonhei nada, queria sonhá também com o presente pra vê, tô me lembrando, né? por que não sonhava nada né? E agora tô com essa sonhação.

Considerações finais

O breve relato da avaliação de linguagem de Marlene abre a possibilidade para um olhar alternativo às falhas de memórias e à eleição de déficits cognitivos nos sujeitos com diagnóstico de DA. A decisão pelo atendimento fonoaudiológico de Marlene considerou o efeito sintomático da sua fala no outro e suas queixas, um certo mal-estar frente à doença e, principalmente, frente à escrita. A direção de tratamento movimentou a escuta para sua fala e para o outro a partir de textos dialógicos. Nota-se que a repetição sintomática, marcada por aprisionamento em cenas vividas e falas "vazias", deixa ver a referência interna da língua e um falante alienado na escuta da própria fala e da fala do outro.

O atendimento nos ensinou que uma clínica dita de linguagem permite que a lembrança aflore, fazendo valer a premissa teórica de que memória é efeito de linguagem. É no jogo da linguagem sobre a linguagem que um sujeito/falante pode aparecer e mudanças podem ser vislumbradas. Nesse caso, uma ordenação da realidade, na articulação entre simbólico e imaginário. Marlene encerra o atendimento para enfrentar a doença, que não tem cura, por mais um tempo.

Referências

ANDRADE, L. *Ouvir e escutar na constituição da Clínica de Linguagem*. 2003. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

ARANTES, L. *Diagnóstico e Clínica de Linguagem*. 2001. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

DE LEMOS, C. T. G. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 42, p. 41-70, jan./jun. 2002.

EMENDABILI, M. *Reflexões sobre a estrutura e o tempo na Demência do tipo Alzheimer*. 2016. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

EMENDABILI, M. *Um estudo de perspectivas teórico-clínicas nas demências*: sobre a relação linguagem, memória e sujeito. 2010. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

FONSECA, S. C. A relação sujeito-linguagem na demência: questões sobre uma experiência de acompanhamento. *In*: ENCONTRO DE AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM: TEORIA E MÉTODO, 1., 2012, Campinas. *Anais* [...]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2012.

FONSECA, S. C. *Afasia*: a fala em sofrimento. 1995. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

FONSECA, S. C. *O afásico na clínica de linguagem*. 2002. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

FREUD, S. *Obras Completas, vol. 4. A interpretação dos sonhos (1900)*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

FREUD, S. Projeto para uma Psicologia Científica. Tradução de Jayme Salomão. *In*: EDIÇÃO Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 1 (1886-1889). Rio de Janeiro: Imago, 1996a. p. 355-454.

FREUD, S. *Sobre a concepção das afasias*: um estudo crítico. Tradução de Emiliano de Brito Rossi. São Paulo: Autêntica, 2013.

FREUD, S. Sobre a psicopatologia da vida cotidiana e sobre os sonhos. Tradução de Paulo César de Souza. *In*: *Obras completas, volume 5*. São Paulo: Companhia das Letras, 2021. p. 15-66.

LANDI, R. *Falas vazias*: língua, referência e sujeito na demência. 2007. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

LIER-DEVITTO, M. F.; FONSECA, S. C.; LANDI, R.. Vez e voz na linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 10, p. 19-34, 2007.

MARCOLINO-GALLI, J. F. *A relação memória-linguagem nas demências*: abrindo a caixa de pandora. 2013. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

MARCOLINO, J.; CATRINI, M. O jogo entre falar/ler/escrever na clínica de linguagem com afásicos. *Distúrbios da comunicação*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 103-109, 2006.

MARCOLINO-GALLI, J.; LIER-DEVITTO, M. F. Repetição sintomática na fala de afásicos. *Revista Intercâmbio*, São Paulo, v. 43, p. 32-46, 2020.

SANTOS, B. S. *Interpretação*: questão na Clínica de Linguagem com crianças. 2021. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

SPINA-DE-CARVALHO, D. C. *Clínica de Linguagem*: algumas considerações sobre interpretação. 2003. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

TESSER, E. *O diálogo na Clínica de Linguagem*: considerações sobre transferência e intersubjetividade. 2011. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

4

O idoso demenciado e a institucionalização: organismo e subjetividade

Mariana Elza Tomaselli Emendabili

Introdução

A institucionalização do idoso ou do idoso demenciado é um tema muito caro que merece e tem espaço para discussão e teorização no âmbito da Clínica de Linguagem. Temos aqui questões a serem levantadas, questões que pretendo trazer para esta reflexão. A primeira é a concepção de "idoso", como ele é considerado. Outra é concepção de "demência" e a relação entre demência e subjetividade. A última é a institucionalização desses sujeitos.

Os meus encontros com idosos demenciados foram, em sua maioria, em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). O efeito desconcertante de falas desses pacien-

tes me afetou de forma decisiva[1]. Fato é que esse efeito desconcertante não pode ser atribuído a desarranjos gramaticais ou prosódicos, mas algo na minha escuta batia como se o que regesse o texto do paciente não tivesse uma ligação direta com aquilo que eu trazia no meu texto, como se não fizesse laço[2], e mais, como se o próprio discurso do paciente esvaísse. As respostas dos pacientes às perguntas, apesar de muitas vezes corretas do ponto de vista estrutural, eram entendidas como "inadequadas". Muitas foram as ocasiões em que eu ficava com o incômodo de estar frente a alguém cuja fala não parecia ser dirigida a mim, apesar de seu olhar e gestos indicarem o contrário. Tal situação fazia com que outros profissionais e cuidadores ignorassem as falas dessas pessoas e os desconsiderassem como falantes[3]. Esse efeito de "fuga de sentido", de esvaziamento enunciativo, não impediu que eu reconhecesse que essas falas desconcertantes não eram "tão vazias[4]" assim: elas não eram e nem pareciam neutras, mesmo porque eram faladas por um (aquele) falante.

Na maioria das instituições pelas quais passei, a demanda para o atendimento fonoaudiológico, com os pacientes demenciados, era uma terapia específica para alterações de deglutição, algo voltado para o orgânico e a garantia de que ele se alimentaria, para manter esse corpo vivo. O argumento era que uma clínica dirigida por questões de linguagem era inviável, inútil até, tendo em vista a natureza progressiva da degeneração neurológica na demência, especificamente a Demência do Tipo Alzheimer (DTA)[5]; um quadro que é caracterizado como de declí-

1 Foi essa afetação que, afinal, gerou interrogações que deram origem aos meus trabalhos acadêmicos, Emendabili (2010, 2016). Este capítulo é efeito deles.

2 Voltarei a essa questão.

3 Parto do trabalho de Dudas (2009), o qual discute a questão da dessubjetivação quando aborda o problema da institucionalização de pessoas com paralisia cerebral.

4 Landi (2007) é a primeira autora do grupo de pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, coordenado pela Dr.ª Maria Francisca Lier-DeVitto e Dr.ª Lucia Arantes, a trazer para discussão o tema da demência e, em seu trabalho, caminha com um deslocamento para o que é denominado no campo da DTA de "falas vazias".

5 A DTA é uma enfermidade de etiologia desconhecida, cuja característica predominante é a degeneração progressiva do córtex cerebral - um problema interno ao cérebro, que aparece atrofiado em vários pontos e com depósito de tecidos conhecidos como "placas senis" e "novelos neurofibrilares". Seu diagnóstico é difícil porque, diz *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM IV), é clínico (levanta-se o histórico do paciente e realiza-se um exame de seu estado mental) e *por* exclusão: decisão baseada em exames

nio da memória. Contudo, o que não se esclarecia era a necessidade de realização de um "trabalho de deglutição". Incomodava-me, mais que tudo, a desistência, contida nessa proposta, dos profissionais em relação ao sujeito.

Como eu disse anteriormente, os acontecimentos linguísticos nas demências me interrogaram: pacientes demenciados falam e o que dizem é carregado de vivências subjetivas. Entendo que, mesmo sendo a DTA uma doença progressiva, enquanto houver fala, haverá, nelas, indícios da presença de um sujeito – o que abre a possibilidade, a meu ver, de enlace e diálogo entre pessoas (Tesser, 2007; Fonseca, 2008). Não se deve supor, a partir de tais considerações, que eu tenha afirmado que a Clínica de Linguagem possa levar o paciente a recuperar uma condição linguístico-discursiva anterior à DTA, nem que eu ignore ser a DTA um quadro progressivo. Posso assegurar que a Clínica de Linguagem tem recursos para, no diálogo, movimentar a fala de pacientes demenciados e, portanto, de sustentá-lo na posição de sujeito, de falante.

Demência, velhice e envelhecimento

> a velhice não é uma passagem obrigatória para a morte, assim como a demência não é uma ameaça em contrapartida de uma idade avançada (Messy, 1999, p. 10).

Elejo três autores, afetados pela reflexão psicanalítica, que se voltaram para questões relativas ao envelhecimento e aos problemas da demência: Messy (1999), Goldfarb (2004) e Marcolino-Galli (2013).

A epígrafe que abre esta seção resume a discussão que farei a seguir. Vejamos como Messy (1999) a desenvolve. Ele principia assinalando que o conceito de inconsciente na Psicanálise remete a processos que são atemporais e é desde esse ponto de vista que o sujeito é considerado e escutado na clínica. Lembra o autor, ainda, que Freud afirma que

complementares à observação clínica. Por ser o diagnóstico "clínico", ele não é aceito como "objetivo" – afirma-se, então, que um sujeito tem demência, "por provável DTA".

"nossa morte não tem representação inconsciente": o *Isso* "não envelhece" (Messy, 1999, p. 16)[6]. Tendo apontado para a atemporalidade do inconsciente e a impossibilidade de representação da própria morte pelo sujeito, não só se esclarece o primeiro enunciado da epígrafe – "a velhice não é uma passagem obrigatória para a morte" – como fica aberta a porta para a distinção que Messy faz entre "envelhecimento" e "velhice".

A velhice, diz o autor, é um estado e, como tal, algo que incide em qualquer ponto no processo de envelhecimento. Sendo assim, ela pode se instaurar em qualquer momento (início, meio ou fim da vida). Note-se que a idade cronológica não determina a "velhice", que é um discurso social carregado de negatividade: reserva-se à velhice a ideia de perda e de déficit. Com isso, Messy quer indicar que "ser velho" é marca que se pode incorporar do olhar do outro. Disso decorre sua afirmação de que: "se o envelhecimento acompanha os anos, a velhice por sua parte, se trama nos espelhos" (Messy, 1999, p. 16). No espelho, o idoso vê, diz ele, o real da velhice, isto é, aquilo que não é passível de significação, que não é simbolizável (o final da vida, a morte). O discurso sobre a velhice é, contudo, mortificante porque pode funcionar como um impedimento à vivacidade e a novas aquisições – o idoso pode ficar à margem da vida.

Envelhecimento é, diz Messy, um processo irreversível que se inscreve no tempo: "se o envelhecimento é o tempo da idade que avança, a velhice é o da idade avançada, entenda-se, em direção à morte" (Messy, 1999, p. 23). No termo "envelhecimento" estão contidas duas visões antônimas: "de um lado, evocam a ideia de desgaste, de enfraquecimento, de diminuição e, de outra parte, evocam a bonificação, (de que o vinho se beneficia), a maturação, o acréscimo" (Messy, 1999, p. 17). Com isso, o autor pretende mostrar que o processo de envelhecimento envolve dois polos: o de "perda" e o de "aquisição". Messy (1999, p. 18) invoca Freud (1981):

6 Freud utiliza esta expressão na segunda tópica, em que representação do *Eu* aparece articulada numa tensão de três eixos: o *Eu* (sede da consciência e lugar de manifestações inconscientes) o *Isso* (raiz inconsciente do *Eu* e "sua matriz inorganizada – Kaufmann, (1996) e o *Super-Eu* ("instância judiciariedade do nosso psiquismo" – Freud, 1923).

> [...] dois tipos de processos se desenvolvem continuamente na substância viva, em direções opostas: uma constrói, assimila, a outra destrói, desassimila. Podemos ousar reconhecer, nessas duas direções dos processos vitais, a atuação de nossos dois movimentos pulsionais, as pulsões da vida e de morte?

Aquisições são remetidas à constituição da instância egóica, que está, segundo o autor, "[em] referência à *dimensão imaginária* do eu" (Freud, 1981 *apud* Messy, 1999, p. 18, grifo nosso). Nesse momento, são introduzidos os três registros propostos por Lacan[7]. De forma sucinta e em benefício da apreensão dos argumentos de Messy, convém lembrar que o Real[8] é definido como uma existência "que é expulsa da realidade por intervenção do simbólico", mais diretamente, o Real é o "impossível de ser simbolizado" e, por isso, insiste. O Simbólico é função ligada à linguagem, mais particularmente, ao significante. Ele revela o fato humano que é regido e subvertido pela linguagem (fala-ser) – disso decorre que o simbólico é abordado como mola propulsora "que organiza, de forma subjacente, as formas dominantes do imaginário". O Imaginário, por seu turno, deve ser entendido a partir da imagem, da relação intersubjetiva em que algo de fictício sempre se projeta "sobre a tela simples e que o outro se transforma" (Chemama, 1995, p. 104). Importa entender que este é o registro do *Eu*: "do que comporta de desconhecimento, de alienação, de amor e de agressividade na relação dual" (Chemama, 1995, p. 104).

Pode-se retirar da articulação dos registros, anteriormente mencionada, que aquisições acontecem sem que o sujeito tenha consciência, uma vez que ele se molda/é moldado à imagem do outro no jogo intersubjetivo. A ideia de "aquisição" deve ser submetida ao crivo da identificação: "o Eu adquire imagens na relação narcísica com o objeto" (Messy, 1999, p. 19). Se, diz o autor, o Eu se constrói a partir de traços do objeto, no envelhecimento o Eu tem uma relação com o tempo. "A cronologia, no caso, seria caracterizada pela estratificação das imagens que o constituem" (Messy, 1999, p. 19). Vemos que a aquisição, parte integrante do envelhecimento, tem relação com a história do Eu. Passemos, agora,

7 Digo que *são* introduzidos porque Real, Simbólico e Imaginário (RSI) implicam-se mutuamente.

8 Voltarei ao RSI com Marcolino-Galli (2013).

à outra parte: a perda que, acentua o autor, é invariavelmente mencionada com uma frequência maior em referência ao processo de envelhecimento.

O primeiro ponto que Messy levanta, mesmo reconhecendo que há maior volume de perdas na velhice, é o de que somos levados a pensar o envelhecimento a partir da ideia de "perda". Entretanto, contra-argumenta ele, não se deve tirar de perspectiva o fato de que perda é parte inerente a todas as fases da vida e não apenas à última – portanto, ela não é traço específico da velhice.

Outro ponto importante diz respeito à noção de "perda" em Messy. Ela não pode ser medida ou qualificada em termos de quantidade. Trata-se de perda da possibilidade do sujeito para lidar com o objeto investido[9] – "perda" remete, segundo Messy, ao desaparecimento desse objeto.

Se o sujeito se constitui no espelho, se o Eu investe uma imagem no outro, caso esse outro desapareça ou morra: "a relação do eu com o objeto é marcada pelo luto, sendo vivenciada pelo sujeito como perda [...] a imagem [investida] fica *desprovida do suporte da realidade* do outro" (Messy, 1999, p. 21, grifo nosso). Nessa circunstância, há, como se vê, perda de suporte para um investimento do sujeito: ao perder seus objetos, ele perde, ainda, os suportes dos investimentos feitos. Nesse momento, Messy volta o olhar para as demências e diz que:

> [talvez] seja este o sentido da *demência senil*: o apagar-se, não da pessoa ou de sua imagem, mas do Eu, do qual não restaria mais do que um esquema, um Eu à flor da pele (Messy, 1999, p. 21, grifo nosso).

Nesse momento, importa assinalar que sobre as demências, no discurso da Neurologia, fala-se em déficit orgânico, em "perda da integridade orgânica" (Goldfarb, 2004, p. 18). A demência levanta a questão da dissolução do Eu, que não pode ser referida (ou reduzida) a um déficit

9 Convém relembrar que *objeto* "não evoca a noção de coisa, de objeto inanimado e manipulável, tal como esta se contrapõe às noções de ser animado e de pessoa" (Laplanche; Pontalis, 1967, p. 407). *Objeto*, em Psicanálise, é correlativo do conceito de pulsão: "é sempre *objeto* de um sujeito desejante" (Chemama, 1995, p. 150) – é sempre objeto investido, portanto e, como tal, pode ser uma pessoa, um objeto do mundo, uma fantasia e, certamente, parte desses objetos mencionados.

"que afeta a memória como função neurológica". Ela deve ser remetida a um conjunto de fatores que inclui a perturbação de identidade "que tem efeito sobre a memória como função historicizada" (Goldfarb, 2004, p. 18). Qualquer perda, como vimos, é sempre movida pelo objeto investido e não é sinônimo de término, já que pode (sempre) engendrar aquisições. Se esse é o caso, o sujeito, no envelhecimento, permanece na dinâmica da vida e não na dinâmica da morte.

Quando há ruptura do equilíbrio entre a aquisição e a perda, vem a velhice "como um encontro inopinado" entre o imaginário e o simbólico em que prevalecem os "portadores de imagens negativas". É quando "o ideal fracassa" e o sujeito não se reconhece: sua imagem não coincide com o "Eu ideal conservado na lembrança" (Messy, 1999, p. 32).

O autor retoma o "estádio do espelho" de Lacan e diz que: "o tempo do *espelho quebrado sobrevém na época da plena maturidade* [...] a mãe já não existe mais como respaldo" (Messy, 1999, p. 34, grifo nosso). Digamos que a unidade ideal do Eu se esvai e pode não se (re)estruturar caso não encontre suporte para sustentação dos objetos investidos. No "espelho quebrado" apareceria, então, a "imagem antecipada de um corpo fragmentado. A angústia de castração transforma-se em *angústia de morte*" (Messy, 1999, p. 44, grifo nosso)[10].

Isso ocorre porque, segundo Messy, na medida em que a idade avança o ideal do *Eu*, ligado aos discursos sociais, pode não ser mais localizável num lugar desde onde o sujeito possa ver-se não decadente:

> o velho [...] vê a velhice próxima se anunciar [...] sob a face da demência senil. Por sua vez, o ideal de ego sossobra e se manifesta sob os traços de uma *feiúra* do Eu. A tensão agressiva, que não possui mais o ideal regulador, expande-se, e, em certos casos, precipita o indivíduo na patologia, e até na morte, pela *volta da agressão contra si próprio* (Messy, 1999, p. 35, grifo nosso).

10 A angústia de morte, que deve ser confundida com o medo da morte, diz Messy. Ela é inconsciente, é a angústia da pulsão de morte, que visa "levar o ser vivo ao estado inorgânico". O autor esclarece, ainda, que quando ela age no sujeito, é muda; quando se dirige ao exterior, é destrutiva ou agressiva e quando a agressividade é barrada, volta-se contra si: é autodestrutiva (Messy, 1999, p. 40). A pulsão de morte surge, então, acompanhada de angústia.

Basta, diz ele, a ocorrência de uma perda extrema para que a velhice se precipite, mas afirma, o autor, a explicação deve ser alocada na questão da identificação com o objeto decaído (e não perdido) – o demente, afinal, não é um morto[11].

A título de síntese, Messy (1999) propõe, como vimos brevemente, "um outro estádio do espelho" para discutir a velhice – "um espelho quebrado" que envolveria a antecipação "no espelho ou na imagem de um outro mais idoso, de sua própria imagem da morte" (Messy, 1999, p. 66). Temos, avança ele, então, uma antecipação não mais "jubilatória", mas "aflitiva" (Messy, 1999, p. 66). O tempo do espelho quebrado é traduzido, segundo o autor, numa fase depressiva que, como vimos, diz respeito à perda da imagem ideal (que a psiquiatria chama de "crise de identidade"). Depois da depressão, o sujeito se "reorganiza através da ideia de morte". Nesse momento frágil, uma ocorrência sofrida pode "se corporificar" afetar o corpo do velho, que pode iniciar um processo de hospitalização e levá-lo à morte: o sujeito acaba por "retirar seu interesse do mundo externo para fazê-lo recair sobre uma doença orgânica, que toma a direção de uma patologia psicossomática" (Messy, 1999, p. 67).

Goldfarb (2004) lembra que o termo "demência" vem do latim *de-mentis*, que significa "perder a mente". Ao longo do tempo, a medicina usa esse termo, de diversas formas, para designar a perda da razão ou a perda da memória. Essa questão pode ser abordada, propõe ela, por outro ângulo. Ela traz Régis (1855-1918), um psiquiatra que reconheceu a Psicanálise. Segundo ele, o essencial da demência é a "perda do funcionamento psíquico normal" (Goldfarb, 2004, p. 53) e não a decadência do cérebro – o que pode levar um sujeito a ter outros sintomas, como uma depressão profunda. Uma vida psíquica normal teria a pessoa com boa memória e rápidas associações de ideias. Essas características, afirma o autor, estão ausentes no início da doença demencial. Reconhecer a demência como um abalo na vida psíquica e não como uma degeneração neurológica é, de fato, um afastamento das concepções vigentes.

11 Veremos que Rosana Landi (2007), autora da Clínica de Linguagem, sustenta que na demência não é qualquer coisa que o sujeito diz – na verdade, o que diz, tem laços com o vivido.

Desde uma visada clínica, Goldfarb (2004) afirma que o malefício maior da redução da demência ao diagnóstico cerebral é a redução do sujeito à doença. Esse ponto é de fundamental interesse, uma vez que uma Clínica de Linguagem com sujeitos demenciados só pode se realizar caso se considere que a "etiologia não esgota a questão" da relação do sujeito com a linguagem (Fonseca, 2002). Aqui, interessa a possibilidade de recolher "a expressão de uma subjetividade [...] por meio do relato, da narrativa, da expressão" (Goldfarb, 2004, p. 183).

Marcolino-Galli (2013) traz que os anéis R, S e I são indestrutíveis e se enlaçam num nó borromeano[12] e que desse enlaçamento decorre que "nada existe que não deva ali se escrever", inclusive o "R", como o "impossível de se escrever e de se representar". Segundo Milner, diz a autora, "o real do nó borromeano aparece no instante de corte em que os círculos se dispersam. Nesse instante de ruptura do nó borromeano há suspensão do tempo e do espaço e, assim, diluição do tecido das significações" (Marcolino-Galli, 2013, p. 95).

Nas demências, segundo Marcolino-Galli (2013), o esgarçamento dos anéis produz um arrebatamento: o sujeito, na primeira queda, "se ancora" em enunciados que o assentam em cenas vividas, que retornam numa insistente repetição. Esse corte impõe novas relações na relação sujeito-outro-linguagem; corte esse que desencadeia a "dissolução subjetiva" em que a fala "fica fora de tempo e de lugar" (Lier-DeVitto, 2005), que Landi (2007) remete à perda da eficácia da referência externa da linguagem. Marcolino-Galli (2013) oferece a seguinte interpretação para o agravamento da doença, que vem depois das manifestações indicadas acima:

> [...] perda de vigor de *I* [do imaginário]: enunciados vêm como blocos esclerosados e derrotam a eficácia de *S* [do simbólico]. No período avançado da doença, exatamente, suspende aquilo que está no domínio de *I*: não há mais consistência, não há mais encontro do sujeito com a realidade (Marcolino-Galli, 2013, p. 98).

12 "Expressão introduzida por Jacques Lacan, em 1972, para designar as figuras topológicas (ou nós trançados) destinadas a traduzir a trilogia do simbólico, do imaginário e do real, repensada e, termos de real/simbólico/imaginário (R.S.I) e, portanto, em função da primazia do real [...] em relação aos outros elementos" (Roudinesco; Plon, 1998).

Fonseca (2012) assinala que a persistência e a "predominância de estereotipias verbais" têm dado suporte ao que, na literatura sobre demências, é nomeado de "falas vazias" (Fonseca, 2012, p. 6). Interessa dizer que, ainda assim, há insistência do sujeito na gradativa dissolução subjetiva e linguística: nos momentos mais avançados da doença, restam murmúrios, choros e gritos. Para Marcolino-Galli (2013), há afetação no enlaçamento entre "I" e "S", mas ela não esvanece; mesmo quando sujeitos demenciados são silenciados. Surpreende que eles possam viver "momentos de lucidez". Não deixam de chamar a atenção, também, as muitas hesitações que irrompem nas falas de pacientes com DTA nesses tempos mais duros. Com Fonseca e Lier-DeVitto (2012), entendo que eles são indícios da incidência do sujeito na cadeia significante.

Vimos que, para os autores que têm como referência o campo da Psicanálise, uma clínica pode escutar pacientes demenciados, uma escuta que não se detém no rótulo da doença e de seus sinais descritos em classificações nosográficas.

No espaço de uma reflexão psicanalítica, linguagem não é instrumento da cognição: é força que pode incidir sobre o sujeito e seu sintoma. Trata-se de um funcionamento que abre, por isso, uma possibilidade de clínica para pessoas afetadas por demências. É nessa direção que investe, também, a Clínica de Linguagem – numa direção que aposta no poder da linguagem na sustentação do sujeito em sua fala.

Na Clínica de Linguagem, o que podemos recolher é que, no caso de sujeitos acometidos pela DTA, o sintoma na linguagem pode não ter o perfil de "furo no corpo da fala". Pode não ser um desarranjo expressivo na organização da linguagem. Pode ser, até, que o sujeito não se afete por sua fala e prossiga falando um discurso alienado. É isso que produz, no outro, fratura na relação, na comunicação – há esgarçamento no laço com o outro. Na DTA, a fala ordenada fica "fora de tempo e fora de lugar" (Lier-DeVitto; Fonseca; Landi, 2007). E esse é um ponto importante para o clínico poder incidir e poder manejar, não só com o paciente, mas também com os profissionais das ILPIs, uma vez que eles podem, justamente pelo esgarçamento na relação com o outro, se verem de fora da relação discursiva com o idoso e acabar por excluir a possibilidade de convidá-los para um diálogo ou de considerar suas falas.

Considerar que o paciente está "perdido na demência" é calar sua voz e abandoná-lo. Falas são evanescentes tanto para quem as diz quanto

para quem as escuta. No momento do discurso, o significante é movediço, porém há pontos de apoio para o outro puxar e sustentar uma cadeia – esse é o motor do jogo entre falas que pode ser sustentado por um clínico de linguagem.

Marcolino-Galli (2013, p. 117) diz que, na demência, "há mais falante e menos sujeito" – o sujeito está "preso à cena – alienado na própria fala – e vai 'fugindo' do outro". Nem sempre é fácil suportar uma fala "à deriva" ou a "instabilidade" de um discurso. A DTA coloca ambas as dificuldades, mas pacientes demenciados muitas vezes deixam o outro "de fora", e este se vê atado pela exclusão que o paciente e seu sintoma impõem. Mas se o compromisso do clínico de linguagem é com o paciente e com sua "fala em sofrimento" (Fonseca, 2002), parece-me que oscilações devam ser acolhidas. Há sempre como entrar num caminho de fala, mesmo que seja para acompanhar o paciente em seu monólogo, e não o destituir de sua posição de sujeito. Importa reconhecer que há sempre alguém ali. A partir do trabalho inaugural de Landi (2007), reconheço, também, que essas falas não são falas "vazias".

É necessário reconhecer que, além das questões neurológicas, há sofrimento subjetivo. Os pacientes choram, fazem movimentos repetitivos, angustiam e acabam por perder o laço social.

A institucionalização

Dudas (2009) discute a institucionalização de pessoas com paralisia cerebral e afirma que o efeito dessa prática é o apagamento subjetivo em favor da manutenção da rotina. É essencial garantir e preservar a higiene, alimentação adequada e a realização de outras atividades que envolvam habilidades motoras. Nesse sentido, as instituições cumprem bem essas tarefas.

É fato que muitas dessas pessoas que chegam às instituições têm restrições impostas pelo acometimento neurológico ou pela própria velhice, e isso não pode ser negado e nem tomado de primeiro lugar. Dudas (2009) aponta que a visada institucional, quando é puramente organicista, faz com que a "fragilidade motora se expand[a] para o domínio subjetivo, para a esfera do sujeito" (Dudas, 2009, p. 86).

A demência e a idade avançada impõem barreiras sobre a rotina, mas é necessário considerar que há alguém ali, que, de uma determinada maneira, pode escolher sobre algo e não simplesmente ser manipulado para cumprir exigências físicas[13]. Pois, segundo a autora, "sob a esfera de um pensamento organicista, parece que as instituições ficam voltadas para o sofrimento causado pelas doenças, mas não para outros sofrimentos, motivados por questões mais humanas: por abando, desamor ou desconsideração" (Dudas, 2009, p. 87). Então, o que se encontra nas instituições é que a fragilidade orgânica e a diferença na relação social fazem com que muitos profissionais desconsiderem as manifestações dessas pessoas.

Sigo com Marcolino-Galli (2013, p. 141) na afirmação de que o fonoaudiólogo filiado ao organicismo "está fadado à estimulação cerebral, porque não tem escuta para o 'doente'".

Para isso, acredito ser necessário desnaturalizar, conforme procurei fazer neste texto, os conceitos discutidos aqui e questionar a posição do clínico, uma vez que "o que faz um clínico é a posição frente ao outro" (Dudas, 2009, p. 88).

Uma Clínica de Linguagem se faz nos efeitos da interpretação do terapeuta da fala e escrita do paciente. É preciso tentar ir além da constatação da manifestação, pois trabalhamos com sujeitos e suas manifestações sintomáticas e não com o decreto da degeneração.

Portanto, dependendo de como são concebidos os conceitos de velhice, envelhecimento e demência, e o modo como é entendida a presença de uma pessoa demenciada, teremos um determinado olhar para aquele sujeito e um determinado acolhimento na clínica e nas instituições.

Referências

CHEMAMA, R. *Dicionário de Psicanálise*. Tradução de Francisco F. Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DUDAS, T. L. *Paralisia cerebral e institucionalização*: efeitos subjetivos e clínica de linguagem. 2009. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada

13 Não é excluído o fato de que o cuidado com o corpo orgânico seja de extrema importância.

e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

EMENDABILI, M. *Reflexões sobre a estrutura e o tempo na Demência do tipo Alzheimer*. 2016. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

EMENDABILI, M. *Um estudo de perspectivas teórico-clínicas nas demências*: sobre a relação linguagem, memória e sujeito. 2010. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

FONSECA, S. C. A relação sujeito-linguagem na demência: questões sobre uma experiência de acompanhamento. *In*: ENCONTRO DE AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM: TEORIA E MÉTODO, 1., 2012, Campinas. *Anais* [...]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2012.

FONSECA, S. C. Corpo e linguagem na monografia de Freud. *In*: LEITE, N. V. A.; TROCOLI, F. (org.). *Um retorno a Freud*. Campinas: Mercado das Letras, 2008. p. 339-348.

FONSECA, S. C.; LIER-DEVITTO, M. F. A relação sujeito-linguagem na demência: questões sobre uma experiência de acompanhamento. *In*: ENCONTRO DE AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM: TEORIA E MÉTODO, 1., 2012, Campinas. *Anais* [...]. Campinas: Unicamp, 2012

FONSECA, S. C. *O afásico na clínica de linguagem*. 2002. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

FREUD, S. *Obras Completas, vol. 15. Psicologia das massas e análise do Eu e outros textos (1920-1923)*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

GOLDFARB, D. C. *Demências*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

KAUFMANN, P. *Dicionário enciclopédico de Psicanálise*: o legado de Freud e Lacan. Tradução de Vera Ribeiro e Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

LANDI, R. *Falas vazias*: língua, referência e sujeito na demência. 2007. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da Psicanálise*. Tradução de Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 1967.

LIER-DEVITTO, M. F. Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 47, n. 1/2, p. 143-150, 2005.

LIER-DEVITTO, M. F.; FONSECA, S. C.; LANDI, R.. Vez e voz na linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 10, p. 19-34, 2007.

MARCOLINO-GALLI, J. F. *A relação memória-linguagem nas demências*: abrindo a caixa de pandora. 2013. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

MESSY, J. *A pessoa idosa não existe*. Tradução de José de Souza e Mello Werneck. São Paulo: Aleph, 1999.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Tradução de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

TESSER, E. *Reflexões sobre diálogo*: sob efeito da clínica de linguagem com afásicos. 2007. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

5

A escrita autobiográfica de Cardoso Pires e Luciana Scotti: efeito desses relatos para a Clínica de Linguagem

Michelly Daiane de Souza Gaspar Cordeiro

Introdução

O relato autobiográfico tocante de dois afásicos – o escritor português Cardoso Pires, e de uma moça jovem, Luciana Scotti – abre espaço para uma reflexão sobre a heterogeneidade dos efeitos da afasia. Além disso, a leitura desses textos ilumina a discussão sobre o drama subjetivo vivido pelo afásico (Fonseca, 2002, 2011). Cardoso Pires enfrentou uma afasia transitória[1], e Luciana Scotti permaneceu afásica. O objetivo deste capítulo é destacar as distintas

1 Como o próprio nome sugere, são acidentes isquêmicos que não acarretam em lesões permanentes e/ou dificuldades linguísticas permanentes.

posições frente às perdas em si e nas suas vidas, decorrentes de um Acidente Vascular Encefálico (AVE) e enfatizar que o drama subjetivo implica luto.

Destaco que a literatura tradicional da afasia pouco fala sobre o drama que vive um afásico, preferindo pensar em estratégias motivacionais para abordagens terapêuticas eficazes. Na Clínica de Linguagem, a avaliação considera a presença singular do sujeito e seu sofrimento, por isso, não é possível ignorar que o afásico sofre por efeito de uma fala que dificilmente irá retornar à condição linguística anterior. O fonoaudiólogo deverá escutar as queixas de um sujeito diante das muitas posições que perdeu após o acontecimento neurológico. Portanto, incluir na prática avaliativa uma escuta para o drama subjetivo e o luto é tarefa que cabe ao clínico de linguagem. Os relatos autobiográficos que serão descritos neste capítulo iluminam pontos que podem ser escutados na prática clínica com afásicos.

José Cardoso Pires: "um outro de si mesmo"

José Cardoso Pires foi jornalista e um dos maiores escritores portugueses do século XX, tendo recebido vários prêmios literários por suas obras. Em 1996, sofreu um AVE e foi vítima de uma afasia transitória, o que acarretou o enfrentamento das dificuldades na fala e na escrita por um tempo. Após sua recuperação escreveu, *De profundis, valsa lenta*, um livro autobiográfico sobre o período em que esteve afásico. Em 1998, sofreu outro AVE, causa de sua morte.

Logo após o primeiro acontecimento neurológico, o autor conta que a esposa se dirigiu a ele num diálogo que ele registra como tendo sido assim: "como é que tu te chamas?", ele pergunta à mulher. Depois de uma pausa, ela responde: "Eu? Edite". Nova pausa. "E tu?" réplica dela. "Parece que é Cardoso Pires", diz ele (Pires, 1998, p. 23).

Frente a desconsertos como esse, o autor comenta:

> Nesta introdução à perda de identidade que um transtorno do cérebro tinha acabado de desencadear, o que me parece desde logo implacável e *irreversível é a precisão com que em tão rápido espaço de tempo fui desapossado das minhas relações com o mundo e comigo próprio*. Como se acabasse de dar início *a um processo*

> *de despersonalização*, eu tinha-me transferido para um sujeito na terceira pessoa (*Ele*, ou o meu nome, é) que ainda por cima se tornava mais alheio e mais abstracto pela imprecisão *parece que* (Pires, 1998, p. 23, grifo nosso).

Essa "despersonalização", indicada por Pires, foi o que Fonseca (2002, 2011) chamou de "drama", que a desmontagem da fala produz no sujeito falante, um efeito devastador em si e que afeta o outro: há uma "destituição subjetiva[2]" (Fonseca, 2002, 2011). Ao consultar o sentido de "destituir", é possível afirmar que algo é retirado do sujeito – e o que é retirado não é qualquer coisa, é algo de si. Nesse "algo de si" imbricam-se outras perdas vividas pelo afásico: sua condição fragilizada, sua posição na família e no trabalho, capacidades em tarefas diárias e, central, sua fala e sua posição como falante de uma língua, nada menos do que da língua materna.

Cardoso Pires, ao longo de toda a obra, refere-se a si mesmo na terceira pessoa ("esse outro de mim") – como reflexo da posição a que foi atirado no tempo afásico. Sua fala produzia outros efeitos, ele podia escutar palavras inesperadas e indesejadas[3], que emergiam em sua boca, quando queria articular um enunciado – estranho, ele era um estranho para si mesmo. Pior de tudo era que nada podia ser feito para dar outro rumo para essa fala ou sair dessa condição afásica[4]. Interessante, sem dúvida, era que esse efeito na escuta era intermitente. Em seu livro, Pires (1998, p. 27-28) narra o que os familiares lhe contaram, de ocorrências que ele não se lembrava:

2 Sabe-se que esta terminologia é conceituada na Psicanálise como parte da experiência de final de análise, o conceito envolve os "desenvolvimentos e desenlaces que se pode esperar no decorrer de uma análise. [...] compreendendo o tipo de experiência que se dá após o final de análise, na comunidade de trabalho, nas transferências formativas e que supõe o sujeito no laço social" (Menegassi, 2010, p. 25-6). Todavia, Fonseca (2011) não se referia a essa conceituação, mas sim à sua própria teorização da afasia sob o alicerce da Clínica de Linguagem, e é amparado nessa proposição teórica, que o conceito é citado neste capítulo.

3 Ele diz, por exemplo, que "cachimbo, uma peça que nunca na vida teve alguma coisa a ver comigo, tomou-a ele como sinônimo de 'chinelas'" (Pires, 1998, p. 37).

4 Ver sobre isso: Lier-DeVitto (2003).

> Sem memória esvai-se o presente que simultaneamente já é passado morto. Perde-se a vida anterior. [...] E a interior, bem entendido, porque sem referências do passado morrem os afetos e os laços sentimentais [...]. Assim, ao ver o meu Outro eu a pentear-se com uma escova de dentes num quarto de hospital (conforme me contaram depois) pergunto-me quantas vezes lhe aconteceu aquilo [...] Ouvir e perceber enquanto ouvia mas apagar prontamente, era o traçado em que ele se movia. Ouvir e apagar logo-logo. Apagar. E ver, ver também contava. Ver pessoas (figuras) através dum vidro mudo e perdê-las ato contínuo. Tudo sem angústia, como quem preenchesse o tempo numa serenidade terminal.

"Sem angústia" diz o autor nessa citação quando faz menção às suas dificuldades de entender os outros: "ouvir e perceber enquanto ouvia, mas apagar prontamente". Uma posição de escuta para a fala do outro que aponta para uma alienação vivida neste tempo. Entretanto, há vários momentos na obra em que são destacadas as marcas do sofrimento por uma memória[5] que fracassava em se apresentar e uma fala que só tropeçava. Um vai e vem ilumina um estado de confusão quando se vive uma afasia: há dissociação em si e na relação com os familiares. Há perturbação nos laços sociais do dia a dia e frustração na realização de tarefas diárias (ele se penteava com a escova de dentes, por exemplo). Cardoso Pires (1998, p. 32) diz: "devia ter alguma percepção dessa afasia porque muitas vezes cortava a frase ou parava de se exprimir. [...] Dava a ideia de que por enquanto sabia o que pretendia comunicar, mas que já não comandava as palavras".

Cordeiro (2014) e Cordeiro e demais autores (2019) abordam a questão da escuta intermitente tanto para a própria fala afásica, quanto para a fala dos outros. As autoras analisam em materiais clínicos alguns efeitos de uma escuta para a própria fala e para fala do outro, bem como a ausência de escuta. Fato é que ainda que haja escuta, esta não é garantia para reformulações, como ensinaram Lier-DeVitto e Fonseca (2012).

5 A discussão sobre a relação memória-linguagem foi realizada no trabalho de Marcolino-Galli (2013). Nele, a autora sustenta, a partir de Freud que essa relação é concomitante-dependente, que "o sujeito é efeito (é-feito) de linguagem e que, também memória é efeito (é-feita) de linguagem" (Marcolino-Galli, 2013, p. 18).

Lembrando a escrita de Pires, é possível destacar que ele não supunha possível retornar ao "mundo dos vivos". Desse enunciado se deduz que ele esteve "no mundo dos mortos", ainda que vivo, nos tempos da afasia. Ou seja, as afasias introduzem uma perda forte, uma morte – perde-se algo de si e em si. O efeito, ainda que passageiro de se estar afásico, pode ser muito bem expresso no horror que é se encontrar prisioneiro "em um eu menos imediato e concreto" (Pires, 1998, p. 25), ou melhor, num eu irreconhecível como tal.

De profundis, valsa lenta toca num ponto importante, na questão dos restos ou rastros deixados pela experiência afásica. Cardoso Pires assinala que, mesmo após a recuperação, ele vivia assombrado, com medo de ler ou escrever e reencontrar a impossibilidade experimentada naqueles dias. Ele pode reencontrar o caminho para "seu dizer", mas a sombra daqueles tempos afásicos manteve-se. Importante mencionar que poucos afásicos conseguem retornar a um dizer que se aproxime do de antes da afasia.

Luciana Scotti: "a morte nem sempre é física, sabia?"

Luciana Scotti sofreu um AVE aos 22 anos. Os médicos explicaram que a associação entre os anticoncepcionais e o cigarro favoreceram o acidente. Formada em Farmácia, recém tinha conseguido um emprego estável na empresa Colgate. No seu relato, ela conta um pouco de sua vida antes do comprometimento neurológico. Ela gostava de festas e tinha namorados: adorava diversão e "a beleza da juventude". Luciana conta que "sentia dores de cabeça", mas que nunca foram associadas a qualquer risco eminente de saúde, nem pela médica e nem por ela.

A história hospitalar é descrita com um tempo de internamento, momentos de coma na UTI e várias cirurgias. O retorno para casa foi como uma "promessa de reinício", mas que logo foi frustrado pela realidade que vinha muito diferente da vida anterior. Ela escreve: "sobrevivi porque lutei pela vida; *não por esta vida*, mas pelo que eu conhecia da vida, da maravilha que sempre foi" (Scotti, 2003, p. 15, grifo nosso).

O "antes" e o "depois" dos efeitos nefastos da afasia pulsam em seu texto – é interessante notar as nuances do impacto sofrido pela autora na narrativa escrita sobre sua "doença". Luciana escreve "estou me virando.

Percebi que sempre volto para o passado. A cada segundo, imagino o que faria se fosse a mesma de antes. '*Antes*', quando andava buscando a felicidade que já possuía e não sabia" (Scotti, 2003, p. 17), ou ainda em: "com o AVC, *minha vida se quebrou em duas*, e *todos que me cercam viraram dois*: um antes AVC e um pós sua ocorrência. Ninguém, sem exceção, se comporta igual [...]" (Scotti, 2003, p. 124, grifo nosso). Mais tocante é ler: "foi isso que me tornei: *uma estranha para mim mesma*" (Scotti, 2003, p. 74, grifo nosso). A marca desses relatos deixa claro a cisão que a afasia instaura na vida dessa jovem, com o efeito de uma sombra de um "antes" que não mais poderá retornar. Sombra que também é possível ler no relato autobiográfico de Cardoso Pires.

Luciana escreve sobre o que tem que enfrentar com amigos e familiares, todos envolvidos na lida de como elaborar o fato que a vida não será mais a mesma. De fato, ela se queixa de que ninguém a trata como antes. Sua narrativa caracteriza a destituição de uma posição: ela nem sempre pode escolher o que fazer ou dizer, nem dar sua opinião em muitas situações, por exemplo, manifestar a vontade de receber pessoas que antes não seriam bem-vindas. Quando o ex-namorado aparece em seu aniversário e lhe diz que o anel que pretendia dar de presente não ficou pronto, e vem no ano seguinte "ainda sem o anel" – ela assistiu à cena e nada pôde dizer. Essas situações mostram bem que ela perdeu "vez e voz" (Fonseca, 1995, 2002 e outros).

A morte também marca presença na escrita da jovem:

> Mas *a morte nem sempre é física, sabia?* No domingo, dia 1º de maior de 1994, vi o Ayrton Senna morrer. Nem imaginava que no dia seguinte seria eu a próxima vítima. Vítima de um tipo diferente de morte, mas morte [...] (Scotti, 2003, p. 18, grifo nosso).
>
> Os médicos que 'trataram' de mim foram de um requinte de maldade sem igual...deram-me a sobrevivência, mas me deixaram perder a vida. Não foram capazes de conservar em mim um tantinho das coisas que me mantinham viva, salvaram somente uma coisa – que não ajuda quase nada e causa muito mais dor do que causaria se a tivesse perdido também: a consciência (Scotti, 2003, p. 53).

Cardoso Pires e Luciana Scotti estão em posições singulares frente aos efeitos das afasias que os vitimou. De um lado, Pires, que escreve

sobre um tempo ultrapassado, embora aterrorizador e inesquecível. De outro, Luciana, alguém que perdeu a fala e ficou com graves sequelas motoras – para ela não houve "restauração", ficou impedida de viver algo do já vivido antes do AVE. Ambos escreveram livros e ambos falam em "morte", numa "morte de si em vida". Ambos permaneceram assombrados por algo que retorna sobre efeito de viver uma afasia.

Um aspecto merece destaque: o de certa morte de si e em si. Luciana diz que "perdeu a vida anterior", mas há mais nessa perda: "A *Luciana Scotti* falou do passado, das pessoas e dos fatos, mas *eu* ainda estou aprendendo falar. Desse jeito soletrado, engasgado..." (Scotti, 2003, p. 10, grifo nosso).

O nome próprio é mencionado no passado e como de "outro", na terceira pessoa, o que é recorrente em diferentes momentos da autobiografia. Não é diverso o sentimento de si como outro em *De profundis, valsa lenta*, de Cardoso Pires. A clínica com afásicos testemunha essa dissociação de si. Ou seja, esse "novo eu" atesta a "perda de si", esse novo eu é também um outro com quem o afásico terá que lidar.

Luciana fala sobre o presente de uma fala – e é quando é possível ser afetado pela dimensão do sofrimento, do luto e do difícil trabalho de se empenhar na lida com a nova condição:

> É incrível como falar faz falta. Sinto essa falta a cada minuto. O fato de não andar é coisa que a gente até esquece, menos quando precisa se locomover, é claro. Mas *não falar, isso não dá para esquecer*. Dizer um 'oi', explicar um mal-entendido, perguntar 'Que dia é hoje?', comentar coisas sem importância, jogar conversa fora, tirar uma dúvida. São coisas que fazemos, a cada momento, sem perceber. Só se percebe quando não se tem fala. Isso causa tanta frustração (Scotti, 2003, p. 70, grifo nosso).

Diferentemente de Pires, que se atém mais à dor do estranhamento de si, no texto autobiográfico de Luciana, a fala é o objeto perdido e "irrecuperável". O sentimento de ter sido calada, silenciada, é tomado como a causa da prisão em um corpo que "não funciona" – esta perda não será facilmente elaborada. Em suas palavras: "angustiante a falta de fala, *nunca me acostumarei a essa perda* [...]" (Scotti, 2003, p. 195).

A perda vivenciada pelo afásico não é da mesma ordem daquela vivida pelas perdas de um ente querido, Luciana vive a perda nela, a falta que a fala faz para sustentar o laço com o outro, para sustentar-se frente ao outro é imensurável. Há travessia possível para essa elaboração, o que não implica "superação", uma marca sempre restará – marca indescritível e "angustiante". Cardoso Pires, apesar de ter restituído sua condição linguística, afirma viver sobre a sombra dos tempos em que a palavra "se perdia" de seu "controle". Não são outros os efeitos que um clínico escuta no dia a dia da prática clínica com afásicos, não é possível retornar à condição anterior, todavia, será inevitável para o sujeito enfrentar sua nova condição.

As narrativas autobiográficas: desdobramentos para a Clínica de Linguagem

Pontalis (2003) escreve sobre os efeitos de relatos autobiográficos e sublinha o fato de que não se recupera um objeto perdido. Essa é uma direção obrigatória no caso de pessoas que perdem algo da ordem do real em si, no próprio corpo, ou seja, no caso das afasias.

Na discussão sobre o luto em termos psicanalíticos, o autor defende a ideia de que uma autobiografia poderia visar à recuperação de um Eu perdido, desaparecido, apagado e/ou incompreendido. Ela poderia, também, demarcar o gesto derradeiro de apropriação de si mesmo. Pontalis (2003) pergunta se, diferentemente, uma autobiografia, no cenário de perdas e luto, não se aproximaria mais de um obituário. Essa é uma questão que interessa de perto à reflexão sobre o luto afasia, já que "certa morte" está em causa.

Pontalis (2003) defende o ponto de vista de que essa narrativa tem uma função: as palavras garantem uma permanência – que nem sempre é vivenciada na realidade –, e ela pode oferecer amparo a quem a escreve:

> Traços que lhe retornam da folha em branco, traços que ele não sabe muito bem se deve inscrever no presente, ou se já estão inscritos nele, e que não espera que lhe restituam um Eu ou lhe dêem a vida; apenas *oferece a si mesmo a ilusão de não ter perdido inteiramente nem um nem a outra*, pelo menos durante o tempo

> da grafia. Porque a transparência da escrita, assim como a transferência analítica, não é simples reporte nem reportagem. Ela cria um outro tempo e um outro espaço, que provocam novos objetos (Pontalis, 2003, p. 203, grifo nosso).

Ou seja, a escrita autobiográfica pode subsidiar a elaboração do luto. A narrativa de Luciana dá indícios desse movimento. Não se trata de um ponto final, mas da instituição de um novo tempo, tempo a ser conquistado. Ainda que Pontalis (2003) fale em "exílio", há outras leituras possíveis: pode-se considerar que, pela escrita e pelo endereçamento ao outro, um laço rompido possa ser (re)constituído.

Nesses termos, Pontalis (2003) valoriza o relato autobiográfico do enlutado. Esta é a aposta de Lacan: o luto deve ser enfrentado pela via do simbólico. Para ele, o desinvestimento libidinal do objeto perdido e as energias que são desestabilizadas por isso só encontrarão equilíbrio, diz ele, na relação com o *Logos*[6].

Outro autor que corrobora com Pontalis (2003) e também se aproxima das proposições lacanianas sobre luto é Allouch[7] (2004). Seu livro tem páginas cinzas reservadas para relatos pessoais e para análises de seus próprios sonhos: "foi essa partilha que permitiu ao autor lidar pela via do simbólico, [com] o luto pela morte de seu pai e de sua filha" (Maesso, 2017, p. 246). Além disso, a lição de Oe[8] também aponta para "um desafio real da escrita, [como] parte do ato do luto" (Allouch, 2004, p. 334). Ou seja, no livro de Allouch, há uma escrita que envolveu, além de uma teorização sobre o luto, um percurso de elaboração de seu próprio luto.

É claro que na Clínica de Linguagem distinções precisam ser consideradas para pensar no papel de relatos autobiográficos para os afási-

6 Para Lacan (2016, p. 361) todo e qualquer trabalho de luto se realiza no nível do *Logos* – "digo isso pra não dizer no nível do grupo, nem no da comunidade, embora o grupo e a comunidade, como culturalmente organizados, sejam, é claro, seus suportes".

7 Uma revisão mais detalhada do trabalho de Allouch (2004) pode ser encontrada na tese de Cordeiro (2019).

8 Kenzanburo Oe é um autor da literatura japonesa. Seus contos foram traduzidos por Leiko Gotoda, e um deles foi mencionado por Allouch, trata-se de "Agwii, o monstro celeste". A morte de um filho é abordada nesse conto, bem como a dimensão do luto por alguém que teria uma vida no horizonte, ou ainda, lamenta-se sobre a perda de um futuro não vivido.

cos; além disso, as feridas deixadas em casos de luto por morte de um ente querido e as que ficam diante de um acontecimento cerebral no afásico são diferentes. Há complexidade especial no manejo clínico e no fechamento do luto, no enfrentamento da perda em si (Cordeiro; Lier-Devitto, 2023). Trata-se de perda crônica, definitiva mesmo: o afásico é lembrado ininterruptamente de suas limitações linguísticas, de sua marginalidade social. Isso, a cada momento em que "abre a boca". As perdas são permanentes, insistentes, como é possível escutar nos relatos de Cardoso Pires e Luciana Scotti. O afásico não tem saída para se livrar de "uma certa morte" – esse é o traço, a marca, específica, que deve ser implicada na abordagem clínica do luto na afasia.

Destaco que um escrito freudiano de grande peso foi sua monografia *A Afasia* (Freud, 1979), e as reflexões conduzidas ali abriram solo fértil para o surgimento da Psicanálise. No entanto, o afásico e sua fala ficaram do lado de fora da clínica psicanalítica e de teorizações posteriores. São escassos os trabalhos clínicos que discutem a condição do afásico e a fala afásica. Entende-se: o enfretamento da fala afásica foi delegado ao fonoaudiólogo, que não pode se descolar do discurso da Medicina e da Psicologia, que operam de maneira complementar, obturando o nascimento de um discurso próprio da Fonoaudiologia. Entretanto, é da natureza da clínica acolher o sofrimento de pacientes, e a clínica fonoaudiológica não é exceção aí.

Contudo, o afásico tem sido "deixado de lado" em prol de métodos de redução, que envolvem treinamento: o afásico não pode falar de si e de sua perda. Nesse ponto, os relatos de Cardoso Pires e Luciana Scotti são fortes e pontuais – podem ser considerados por um clínico que se interesse pela prática com afásicos:

> Suas sessões de fonoaudiologia eram ridículas. Ela colocava em uma folha sulfite recortes de um shampoo, um carrinho e um sapato. Depois escrevia embaixo os nomes e me perguntava qual era a fotografia que correspondia a um nome sem a letra h. Ridículo! Parecia que eu tinha desaprendido a escrever. Ela também trazia recortes de jornal e lia para mim. E eu pensava: 'Quero falar! Não ouvir notícia de jornal'. Ela encheu meu quarto com bilhetinhos: 'Engula a saliva', 'Não chore' e 'Olhe para o lado esquerdo', pois olho sempre para o lado direito. Por outro lado, suas tarefas de casa eram impossíveis de serem feitas. Ela escrevia, em uma folha

> sulfite, um monte de sílabas e vogais para eu articular sozinha. Se pudesse, não ia precisar de fono, sairia falando... (Scotti, 2003, p. 83).

ou

> Mas quando era perguntado (nos exames iniciais da memória, é daí que me vem essa lembrança) entendia ou intuía que o estavam a experimentar em perspicácias ingénuas e com o seu quê de ridículo. Eram um estendal de desperdícios mais que vistos e sabidos, aqueles testes. Um jogo em faz-de-conta frustrado logo à partida, pensaria ele naquela altura e quem sabe se não sorria tristemente por dentro (Pires, 1998, p. 37-38).

Esses testemunhos falam em favor do apagamento de subjetividades por métodos estritamente corretivos. De fato, os efeitos das práticas de reeducação podem ser escutados nesses relatos. Diante das dificuldades que o quadro clínico severo de afásicos impõe ao terapeuta, este muitas vezes escapa pelo lado de um saber atribuído ao método, ao instrumento, que enfim não pensa, é inflexível e surdo para o paciente (Lier-Devitto, 2004). A posição de um fonoaudiólogo filiado à perspectiva teórica da Clínica de Linguagem irá se afastar radicalmente desses métodos e, em contrapartida, lançar mão de uma escuta sensível que inclua o afásico e sua dor nas propostas de direção de tratamento.

O livro de Luciana Scotti é testemunho favorável a essa clínica: ela foi atendida, depois de um tempo, por uma clínica de linguagem, em sentido estrito; alguém que considerava que Luciana "estava ali" e que não havia "desaprendido" a ler e a escrever. É exatamente isso que, na Clínica de Linguagem, o trabalho de escuta deve realizar, a cada caso, na singularidade de cada sujeito. O relato autobiográfico e a escrita são direções de tratamento possíveis, mas não únicas. O essencial é considerar a presença do drama subjetivo e os possíveis caminhos para elaboração do luto que vivencia o sujeito que procura o tratamento fonoaudiológico.

Considerações finais

Na clínica com afásicos, o terapeuta escuta o retorno constante de uma lamentação sobre a fala e sobre a vida nova, trágica que se instaura sob efeito do depois do acontecimento neurológico. Amplia-se a asserção do drama subjetivo na afasia (Fonseca, 2002), propõe-se que o drama subjetivo envolve luto (Cordeiro, 2019), não só pela fala, mas, muitas vezes, por abalos nas relações familiares e por questões subjetivas anteriores que ressuscitam após esse acontecimento trágico. É a Clínica de Linguagem que ensina que cada novo atendimento impõe o desafio de escutar as falas estranhas heterogêneas que são, mas não só: não há afasia sem afásico, ou seja, sem sujeito com sua dor e seus conflitos. As escritas autobiográficas de Luciana Scotti e Cardoso Pires são marcadas por essa dor e os efeitos do "antes" e "depois" do acontecimento neurológico.

Defendo com Pontalis (2003) e Allouch (2004), e, portanto, com Lacan, que os relatos autobiográficos podem ser recursos importantes na elaboração de lutos diversos. Não é incomum escutar relatos de casos clínicos por fonoaudiólogos, filiados à Clínica de Linguagem, em que falar sobre si e escrita de diário são possíveis direções clínicas. O aspecto teórico essencial no tratamento do furo Real que a afasia impõe é que a convocação do Simbólico (função do outro-clínico) fisga o enlaçamento com o Imaginário, e um outro ideal-de-Eu poderá ser retraçado, não sem a persistência da nostalgia do Eu-caído e inesquecível[9] (Lier-DeVitto, comunicação pessoal). Fala ou escrita convocam o enlaçamento Simbólico-Imaginário no necessário relato autobiográfico endereçado ao clínico – espaço de uma partilha de história com o *Logos* e de enodamento linguístico/subjetivo: nó a ser escutado no manejo do luto na clínica com afásicos. Isso pode nos ensinar a Psicanálise sobre a relevância desse trabalho/travessia de elaboração, que reverbera no atendimento de afásicos na Clínica de Linguagem.

9 Conforme argumentado por Lier-DeVitto em comunicação pessoal de orientação de doutorado da autora deste capítulo.

Referências

ALLOUCH, J. *Erótica do luto*: no tempo da morte seca. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2004.

CORDEIRO, M. D. S. G. *et al*. O que escuta o clínico/fonoaudiológo frente à fala jargonafásica?. *Revista Leitura*, Maceió, n. 63, p. 192-206, 2019.

CORDEIRO, M. D. S. G. *Fala jargonafásica e Clínica de Linguagem com afásicos*. 2014. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

CORDEIRO, M. D. S. G.; LIER-DEVITTO, M. F.; Elaboração do luto e escritas autobiográficas na Clínica de Linguagem com afásicos. *Delta*: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 1-23, 2023.

CORDEIRO, M. D. S. G. *O luto na clínica de linguagem com afásicos*. 2019. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019.

FONSECA, S. C. *Afasia*: a fala em sofrimento. 1995. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

FONSECA, S. C. *Afasia*: fala em sofrimento que faz sofrer um sujeito. Acala de Henares: Universidad de Acala, 2011.

FONSECA, S. C. *O afásico na clínica de linguagem*. 2002. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

FREUD, S. *A Afasia*. Lisboa: Edições 70, 1979.

LACAN, J. *O seminário, livro 6, O desejo e sua interpretação*. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da linguagem: subversão posta em ato. *In*: LEITE, N. (org.). *Corpo e linguagem*: gestos e afetos. Campinas: Mercado da Letras: FAEP: Unicamp, 2003. p. 233-245.

LIER-DEVITTO, M. F. Sobre a posição do investigador e a do clínico frente a falas sintomáticas. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 47-59, 2004.

LIER-DEVITTO, M. F.; FONSECA, S. C. Hesitações e pausas como ocorrências articuladas. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 54, p. 67-80, 2012.

MAESSO, M. C. O tempo do luto e o discurso do outro. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 337-355, 2017.

MARCOLINO-GALLI, J. F. *A relação memória-linguagem nas demências*: abrindo a caixa de pandora. 2013. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

MENEGASSI, A. *Sobre o conceito de destituição subjetiva na obra de Jacques Lacan*. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PIRES, J. C. *De profundis, valsa lenta*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

PONTALIS, J. B. *Perder de vista*: da fantasia de recuperação do objeto perdido. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

SCOTTI, L. *Sem asas ao amanhecer*. São Paulo. Ed. O Nome da Rosa, 2003.

6

Narrativas autobiográficas no atendimento de afásicos: escrever para viver

Sabrina Pereira dos Santos

Introdução

Neste capítulo, abordo alguns aspectos relacionados à condução da terapêutica na Clínica de Linguagem com afásicos, com ênfase especial na função clínica de narrativas autobiográficas. Em trabalho anterior, focalizo esse tema quando discuto a relevância de uma modalidade de tratamento, proposta por Fonseca (1995, 2002, 2006, 2009), sustentada, também, por Marcolino (2004), Marcolino-Galli e Catrini (2006) e Guadagnoli (2007)[1]. Frente ao abalo

1 Usualmente, afásicos chegam à clínica com queixa sobre a fala, o que não quer dizer que os sintomas estejam restritos às manifestações orais. Constata-se que as afasias deixam rastro maior ou menor em outras modalidades (leitura e escrita). Fonseca (2006), Marcolino-Galli (2004) e Guadagnoli (2007) discutem efeitos do cruzamento entre as modalidades fala-escrita, que entrelaçam movimentos do paciente e do terapeuta.

heterogêneo das modalidades da linguagem, indica-se a implementação de um dispositivo que possa promover, de modo singular, uma "trança entre fala-leitura-escrita" (Santos, 2022). "Singular", na medida em que, a depender do grau de perturbação na fala, na leitura e/ou na escrita, uma delas é eleita como base da direção de tratamento a ser adotada. De fato, a condução do tratamento é, a cada caso, determinada pela ênfase, maior ou menor, dada à modalidade mais preservada. O enunciado de Lacan (1985) de que o afásico fica muito distante do que quer dizer é considerado, na Clínica de Linguagem com esses pacientes, já que essa clínica é orientada na direção de dar vez e voz ao afásico (Fonseca, 2002; Lier-DeVitto; Fonseca; Landi, 2007).

É fato que o afásico se escuta e não se reconhece em sua fala – sofre por efeito desse desarranjo. A presença inesgotável de perturbações na fala de pacientes, que os aprisiona numa condição linguística e subjetiva abalada, é fortemente vivenciada no espaço clínico como fonte inequívoca de sofrimento, como efeito do seu alijamento da língua materna. É de luto que se trata, como discutiu Cordeiro (2019) e depois Cordeiro e Lier-DeVitto (2023) e, também, Lier-DeVitto e Catrini (2025), indicando a incontornável necessidade de um clínico de linguagem propor modos de oferecer meios clínicos de atravessamento do luto pelo afásico, de enfrentar o drama subjetivo em que está mergulhado (Cordeiro, 2019; Fonseca; Catrini; Marcollino-Galli, 2019; Gomes; Fonseca, 2022).

Podemos dizer que o tratamento do luto, do sofrimento do paciente frente à sua fala, tem início desde o encontro do terapeuta com o paciente na sala de espera. Fonseca (2002) postula que o afásico seja chamado a ocupar seu lugar na cena clínica, com a fala prejudicada que possa ter, para que venha, já de início, "falar por si e de si". No fundo dessa recomendação, podemos reconhecer a importância de o afásico entrar no diálogo clínico e não ficar fora dele como "não pessoa", aquela de quem se fala (Benveniste, 1976). Nota-se que falar de si e por si está no cerne do que nos interessa neste capítulo: as narrativas autobiográficas como modos de reconstrução do eu e reinvenção da vida.

Autobiografias: livros e diários

Em 2006, Fonseca e Vorcaro dão o primeiro passo nessa direção ao discutirem o caso de Luciana Scotti, uma jovem universitária que, aos 22 anos,

sofreu um Acidente Vascular Encefálico (AVE)[2]. Luciana vem com um pedido de "recuperar a fala". Na primeira entrevista, dizem as autoras, que quem vem é seu pai, que "falava por ela", já que Luciana tinha sequelas motoras e miofuncionais graves, além de uma afasia profundamente limitante. Luciana, contudo, podia piscar os olhos, e manifestar, assim, assentimento quando algo lhe era perguntado. Logo se percebeu que Luciana podia ler e escrever: o piscar de olhos era sua participação na montagem de palavras com letras que eram anotadas numa cartolina, uma espécie de "jogo da forca", em que palavras são descobertas gradualmente. Após um período de fisioterapia, um ganho maior, Luciana podia escrever e digitar e, pela escrita, "falar sem a voz do outro". Nesse ponto, Fonseca, segura de que Luciana estava na linguagem, de que podia exercer a função da fala na escrita, decide ficar só com Luciana na sala de atendimento, garantindo assim "vez e voz" (Fonseca, 2002, 2007) a ela no cenário clínico. Após um bom tempo de tratamento, chega o anúncio de que Luciana escrevia um livro[3], uma autobiografia, assumida, explicitamente como um modo de recuperação da vida.

A senhora P., de 64 anos, atendida por Marcolino-Galli (2004, 2006), ao longo do tratamento, que foi assentado numa articulação entre leitura e escrita – leitura de crônicas e outros textos –, inicia a escrita de um diário por iniciativa própria. Ela escrevia em casa. Narrava suas atividades diárias, que eram lidas e reformuladas com a terapeuta nos atendimentos clínicos. Esses dois casos, cuja leitura recomendo, testemunham o valor clínico de escritas autobiográficas e de diários: neles pode se recolher o alargamento da "expressividade do eu", utilizando aqui, um enunciado de Dolto (2019).

Menção feita a dois tratamentos em que a função de autobiografia e diário emergiram em atendimentos na Clínica de Linguagem, volto-me, a seguir, para uma apresentação breve do caso Zasetsky[4], um paciente de Luria (2008), que escreveu um diário, durante 26 anos para "manter-se vivo" (Luria, 2008, p. 91-92). A relevância clínica de tais narrativas foi igualmente reconhecida por esse autor, um neurologista de grande

2 Ver, neste volume, o capítulo de Cordeiro, em que o caso de Luciana Scotti está em destaque.

3 Luciana Scotti publicou o livro intitulado *Sem asas ao amanhecer* (2003).

4 Ver em Santos (2025) uma apresentação detalhada deste caso que, para efeito da discussão atual, foi bastante reduzido.

destaque no âmbito dos estudos sobre as afasias. Foi ele que abriu, pela primeira vez, a discussão sobre os efeitos positivos da narrativa autobiográfica de um paciente afásico, Zasetsky, que durante a Segunda Guerra Mundial, foi gravemente ferido por um projétil de bala. Esse jovem russo escreveu, a duras penas e insistentemente, um diário.

Luria, que assistiu Zasetsky ao longo de 26 anos, recolheu esses escritos e publicou um ensaio, que se tornou clássico, intitulado *O homem com um mundo estilhaçado*. Nesse ensaio, Luria sublinha a dramática relação de um sujeito com a linguagem que, apesar das dificuldades, se empenha e persiste no esforço de contar sua vida e sua tragédia pessoal. As considerações sobre os efeitos da escrita do diário sobre o paciente foram tecidas por Luria nesse ensaio, baseadas nas próprias palavras de Zasetsky. A importância das autobiografias revela-se de imediato, não só pelo ato de publicação por Luria, mas também pela ênfase dada pelo autor ao fortalecimento psíquico do afásico como um dos efeitos das narrativas autobiográficas.

Zasetsky: narrativa de uma vida

O homem com o mundo estilhaçado é um texto tocante, em que Zasetsky conta sua história num enlaçamento textual que não esconde a presença de Luria como editor, o que, entretanto, não obscurece e sim dá relevo a manifestações subjetivas de Zasetsky em seu esforço dramático para "manter-se vivo". Luria, neste tempo, pode testemunhar a longa luta de Zasetsky para conseguir viver com a nova condição instalada por um cérebro ferido.

Zasetsky conta que teve uma vida simples e sonhava com um futuro promissor. Quatro anos antes do final da Segunda Guerra Mundial, estava prestes a se formar num Instituto Politécnico e trabalhar em uma fábrica. Ele relata sua dura infância. Quando já moço, ele conta que, numa manhã, teve notícias de que uma guerra havia começado na Alemanha. Com a invasão da Rússia pelos soldados alemães, ele foi convocado para o exército. Na guerra, "sob fogo cruzado", Zasetsky diz: "saltei sobre o gelo, avancei... rumo ao oeste... lá... e..." (Luria, 2008, p. 29). Desastre: ali, "de repente, tudo se acabou" (Luria, 2008, p. 28); "minha cabeça parecia completamente oca, vazia, sem qualquer sinal de pensamento ou de memória, apenas uma sensação de dor muito forte

e zumbido [...]" (Luria, 2008, p. 29-30). Nesse ponto, ele escreve: "minha memória – como minha vida – mal parecia existir" (Luria, 2008, p. 30).

Ele não podia lembrar fatos sobre sua vida, nem seu nome, o que havia acontecido e nem onde havia sido ferido. Entretanto, quando ouvia palavras que podia reconhecer, parecia que pedaços de memória retornavam e as palavras pareciam ganhar sentido. Ao lembrar-se de seu nome e sobrenome, conta que tudo adquiriu ares de recomeço. Apesar disso, "o que quer que recorde é estraçalhado, fragmentado em pedaços e peças desconexas" (Luria, 2008, p. 32). Zasetsky conta que, no período em que esteve hospitalizado, começou a ler sílabas de palavras, soletrava, mas não entendia o que lia, "[eu] tinha uma afasia mental" (Luria, 2008, p. 33). Ele narra que passava muito tempo tentando lembrar palavras e o exercício de associá-las a objetos, animais, plantas etc.

Esse relato marca fortemente o abalo que o evento traumático e súbito produziu na vida desse jovem. Ficam destacados uma queixa sobre a memória e efeitos no corpo que acompanham Zasetsky durante todo tratamento. A visão prejudicada acrescentava dificuldade na leitura, ele, inclusive, não enxergava imagens completas: "não era capaz de ver um só objeto como um todo" (Luria, 2008, p. 53), e era obrigado a: "completar muitas coisas a respeito de objetos, fenômenos e qualquer ser vivo a partir da imaginação" (Luria, 2008, p. 53). Em outras palavras, seu mundo ficou estilhaçado e o corpo fragmentado. Ele dizia a todos: "fui morto em 2 de março de 1943 [...]" (Luria, 2008, p. 33).

Pode-se recolher no texto de Luria/Zasetsky que foi a recuperação de um certo trânsito na linguagem que trouxe a ele a chance de reinvenção da vida. Ele gostava que lessem para ele, isso o deixava "em contato com a vida" (Luria, 2008, p. 74). No conjunto das observações de Zasetsky em seu diário, fica evidente a enigmática relação entre ver, ler, saber e reconhecer: Zasetsky via letras, mas não as lias; reconhecia que eram letras, mas não podia afirmar se pertenciam à sua própria língua. Parece importante dizer que situações como as anteriormente apresentadas proliferaram em diferentes momentos da vida desse afásico. O quadro geral era o seguinte: luta para falar, impossibilidade de ler e de escrever. É ele quem escreve em seu diário que tudo parecia um pesadelo. Zasetsky, contudo, empenhava-se para reaprender a ler e a escrever. Esse sofrimento durou muitos anos, e ele conta que, no início, a tarefa era extremamente difícil. Ele diz "[...] quando precisava me lembrar

de alguma coisa, minha mente parecia vazia, completamente em branco" (Luria, 2008, p. 76).

A escrita começa a se apresentar, mas nem tudo veio de uma só vez. Palavras plenas de sentido emergiam como lembretes, "lembretes de uma vida", que pode ser narrada, aos pedaços. Ele estranhava "seus rabiscos [que] pareciam com os de uma criança que ainda não havia aprendido a ler" (Luria, 2008, p. 81). Mas a escrita ganhou uma direção muito produtiva. Afinal, a redação de um diário aconteceu e o "sentir-se vivo, o querer viver" de Zasetsky apareceu, dando lugar a uma reconstrução do eu e ao atravessamento do trabalho do luto. A escrita do diário deu suporte ao desejo de viver de Zasetsky; garantiu o esforço de compor-se como sujeito na linguagem e a possibilidade de existir de uma maneira expressiva para o outro. O diário pode ser lido, pois foi publicado.

Luria abriu espaço para a "voz" de Zasetsky, escrevendo a sua dura relação com a linguagem e com a trágica marginalização imposta pelo acontecimento cerebral e seus reflexos na fala. Zasetsky escreve em primeira pessoa, este foi o traçado da recuperação de uma vida: "luto para recuperar a vida que perdi quando fui ferido e fiquei doente" (Luria, 2008, p. 21).

Considerações finais

A Clínica de Linguagem testemunha que as narrativas autobiográficas têm expressivo valor terapêutico no espaço clínico: são recolhidas como dizeres/escritas que importam no atravessamento do drama subjetivo que a afasia impõe ao sujeito afásico. A Clínica de Linguagem tem escuta para esse sofrimento. Afásicos insistem e se empenham no esforço sofrido de contar o que eram antes do acidente cerebral e contar como e quando ele ocorreu e os efeitos devastadores que neles deixaram. As afasias são "chumbo na malha da rede do discurso do sujeito" (Lacan, 1985, p. 44), elas suspendem a consecutividade fluente dos dizeres; elas atordoam, portanto, de forma brutal, a posição do sujeito-falante

na língua materna. É amplamente admitido que o afásico está na linguagem: ele escuta e sofre por efeito de sua fala desconexa, destroçada[5]. O mal-estar na língua materna é sofrimento agudo e permanente. Este trabalho traz o depoimento tocante registrado em diário de um paciente jovem que, durante 26 anos, dedicou-se a uma reconstrução de si, numa escrita que o mantinha e o manteve vivo como sujeito. A Clínica de Linguagem não passou ao largo da insistência de afásicos em "falar de si".

Referências

BENVENISTE, E. *Problemas de linguística geral*. São Paulo: Cia Ed. Nacional, 1976.

CORDEIRO, M. D. S. G. *O luto na clínica de linguagem com afásicos*. 2019. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019.

CORDEIRO, M. D. S. G.; LIER-DEVITTO, M. F. Elaboração do luto e escritas autobiográficas na Clínica de Linguagem com afásicos. *Delta*: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 1-23, 2023.

DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 2019.

FONSECA, S. C. A Clínica de Linguagem com Afásicos. *In*: SANTANA, A. P.; MANCOPES, R. (org.). *Perspectivas na clínica das afasias*: o sujeito e o discurso. São Paulo: Santos Editora, 2009. p. 41-70.

FONSECA, S. C. *Afasia*: a fala em sofrimento. 1995. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

FONSECA, S. C. *O afásico na clínica de linguagem*. 2002. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

FONSECA, S. C. O estatuto da entrevista no processo diagnóstico da afasia. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 331-339.

5 Recomendo os trabalhos de Fonseca (2002), Cordeiro (2019), Santos (2022), Cordeiro e Lier-DeVitto (2023) e Lier-DeVitto e Catrini (2025).

FONSECA, S. C.; CATRINI, M.; MARCOLINO-GALLI; J. Afasia: drama subjetivo e invisibilidade social. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL: SAÚDE MENTAL, POLÍTICAS SOCIAIS E DEMOCRACIA, 3., 2019, Irati. *Anais* [...]. Irati: Universidade Estadual do Centro-Oeste, 2019. p. 1-11.

FONSECA, S. C.; VORCARO, A. O atendimento fonoaudiológico e psicanalítico de um sujeito afásico. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 413-441.

GOMES, A. C. S.; FONSECA, S. C. Efeitos estruturantes do entrelaçamento entre arte e clínica de linguagem com afásicos. *Revista Intercâmbio*, São Paulo, v. 50, p. 82-99, 2022.

GUADAGNOLI, C. F. *Considerações sobre fala-leitura-escrita e efeitos clínicos no atendimento de afásicos*. 2007. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

LACAN, J. *O seminário, livro 3*: as psicoses. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

LIER-DEVITTO, M. F.; CATRINI, M. Resistir à tempestade: clínica de linguagem e a aposta na força da palavra. *In*: AIRES, S.; AZENHA, C.; LEITE, N. Sob tempestade: segregação e palavra por'vir. Campinas: Mercado das Letras, (2025).

LIER-DEVITTO, M. F.; FONSECA, S. C.; LANDI, R. Vez e voz na linguagem: o sujeito sob efeito de sua fala sintomática. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 10, p. 19-34, 2007.

LURIA, A. R. *O homem com um mundo estilhaçado*. Petrópolis: Vozes, 2008.

MARCOLINO-GALLI, J. F.; CATRINI, M. O jogo entre falar/ler/escrever na clínica de linguagem com afásicos. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 103-109, 2006.

MARCOLINO, J. F. *A clínica de linguagem com afásicos*: indagações sobre um atendimento. 2004. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

SANTOS, S. P. *A trança fala-leitura-escrita*: um dispositivo na Clínica de Linguagem com afásicos. São Paulo: Dialética, 2025.

SANTOS, S. P. *Fala-leitura-escrita*: uma proposta de tratamento na Clínica de Linguagem com afásicos. 2022. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.

SCOTTI, L. *Sem asas ao amanhecer*. São Paulo: Ed. O Nome da Rosa, 2003.

7

Um falante entre cenas: sobre a natureza intrigante de um sintoma na fala

Luciana Branco Carnevale

Introdução

O sintoma na fala tem natureza particular. A trajetória pioneira de reflexão de Maria Francisca Lier-DeVitto deu sustentação teórica consistente a essa afirmação e assentou em bases sólidas e conceitualmente rigorosas a proposição de uma clínica comprometida com a especificidade de falas sintomáticas: a Clínica de Linguagem. Essa clínica é interpelada pela peculiaridade de falas consideradas "inaceitáveis", "irregulares", "assistemáticas" e convocada a enfrentar a complexidade que envolve o seu diagnóstico e manejo clínico. Nela, somos chamadas a responder por uma prática específica em relação à demanda de mudança na fala e, além disso, considerar o sofrimento do falante,

marginalizado e aprisionado numa fala problemática (Lier-DeVitto, 2002, 2003, 2005, 2006).

Minha filiação a essa proposta teórico-clínica possibilitou-me reconhecer a íntima relação sujeito-linguagem e, nessa perspectiva, tecer também considerações sobre a fala sintomática de Mario, um rapaz de 22 anos de idade, com Síndrome de Down (SD), que tive a oportunidade de acompanhar enquanto supervisora de estágio numa clínica-escola de Fonoaudiologia.

Os diálogos com Mario na cena clínica eram frequentemente abalados pelo efeito disruptivo de suas falas na escuta da terapeuta, fato que me motivou a levantar as primeiras questões sobre o tema da debilidade em minha tese de doutorado sob orientação da professora Maria Francisca, no Programa de Estudos Pós-Graduados em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) (Carnevale, 2008).

Tratava-se de uma ocorrência particular de perturbação do sentido e do diálogo, decorrente de uma fala que frustrava a expectativa do outro. Sublinho, de saída, com Lier-DeVitto e Arantes (1998), o corte operado na escuta de um já falante, afetada pelo caráter "sintomático" dessa fala. Nesse caso, foi de fato "um efeito de patologia", o fator determinante do apelo à clínica fonoaudiológica. Nessa perspectiva, "dificuldades em manter uma conversa" com Mario e a "impossibilidade de dar sentido" à sua fala, colocações que, no senso-comum, remetem a "problemas de comunicação", foram as queixas da mãe, dirigidas ao fonoaudiólogo[1].

A mãe desse paciente trazia como problema a dificuldade de as pessoas entenderem o que ele falava. Segundo ela, a fala de Mario era "enrolada", e o seu "temperamento ansioso e atrapalhado" dificultava e, às vezes, até impedia, o estabelecimento de uma conversa com ele. A seguir, apresento a queixa por ela trazida no primeiro encontro.

1 A noção de "sentido/não sentido" numa fala é aqui entendida como efeitos na escuta. Refiro-me a falas que frustram, de um modo particular, a expectativa do ouvinte ao se desviarem do "sentido esperado", ainda que ilusório, no diálogo ou numa narrativa. Nessa perspectiva, muitas vezes, o efeito é o de perplexidade frente à fala. Faço menção ao que salientaram Lier-DeVitto e Arantes (1998) sobre o corte normal/patológico realizado pelo falante de uma língua, capaz de identificar, na escuta para fala, uma marca de "patologia".

quando a gente tá numa reuniãozinha [...] todo mundo tem um assunto pra contá e ele não tem o assunto dele, daí ele inventa. Conta, conta, mas não tem nexo, não tem continuidade, não tem o porquê de ele contar aquilo.

Além dessas colocações, relatos da mãe acerca da "confusão" de seu filho para "distinguir os papéis das pessoas", como "*[...] quem era chefe e quem era empregado*" justificavam o insucesso da tentativa de Mario de se inserir no campo do trabalho formal. Além disso, enfatizava ela, "*Mario se perde no tempo. Veja, ele faz aniversário dia 10 de setembro, e ele já está convidando desde janeiro! E quando se pergunta para ele a idade da sobrinha dele, ele diz que ela tem dois meses, mas ela tem dois anos!*". Chamava ainda a atenção uma afirmação intrigante: "*mas quando ele quer é uma perfeição*".

É importante dizer que Mario estava presente no encontro inicial com sua mãe. Ouvia essas queixas sem fazer nenhuma réplica. Poucas vezes se inseriu no diálogo. Quando o fez, foi motivado pelas perguntas e comentários da terapeuta. Não foram poucos os momentos em que a fala da mãe interrompeu a de Mario como que para "complementá-la" ou mesmo "induzi-la". Vejamos o segmento do diálogo a seguir movimentado pela pergunta da terapeuta (T) sobre o que ele gostava de fazer:

T: O que você gosta de fazer?

M: O judô faz cocélio.

Mãe: Ele faz judô com o professor Célio.

T: Ah você faz judô?

Mãe: Escuta, e no clube lá?

F: Aa natação tem cinco medalhas de bronze.

Mãe: Ih! Ele tem muita medalha de ouro, de prata.

T: Você tem medalha de bronze? Que legal! Então você faz natação, judô e capoeira! Você gosta de esporte, heim!

Mãe: E agora ele foi convidado para trabalhar num teatro. Então nós somos bem ligados a RD [refere-se a uma Associação voltada às pessoas com Síndrome de Down]. Eles vão montar um grupo de artistas. Adolescentes, jovens adolescentes para mostrar ao mundo, não à meia dúzia, ao mundo, que eles são capazes. [...] não existe limite nem para mim, nem para você, nem para ele. Muito menos

> *para eles! A gente limita muito eles, eu não limito*. Ele tem que fazer, ele faz e pronto. Tem muita cobrança, muito isso e muito aquilo e ele faz *e é tratado igual em casa. Tem que brigar, briga,* o que tem que fazer, faz.

Para além do efeito provocado pelas falas de Mario enfatizadas em negrito, marcadas por uma espécie de tessitura significante "sem intervalo", outras ocorrências provocavam ainda a repentina suspensão do efeito de sentido do diálogo e da comunicação, como no segmento que se segue:

> *T: Ah, você gosta do show do milhão?*
>
> *M: Eu gosto, gosto de ganhá cinquenta mil.*
>
> *T: Cinquenta mil!? Você tem o joguinho no computador ou só assiste na televisão?*
>
> *M: só assisto.*
>
> *T: E você* acerta *bastante?*
>
> *M:* Acerto. Acerto bastante. Sério! Eu faz assim / quando eu fui / levantei, fui no banheirinho, lavei o rosto, tomei um cafezinho e depois escovei o dente e fui cuidar da minha sobrinha.
>
> *T: Eu não entendi, o que você falou?*

Fui profundamente afetada por esse atendimento. Interrogava-me sobre a direção do tratamento, sobre a natureza do sintoma na fala de Mario. Afinal, seus enunciados eram "gramaticais", ou seja, obedeciam, na grande maioria das vezes, às restrições impostas pela língua. Contudo, esse "falar corretamente" não ocultava, na diversidade de suas manifestações, um insucesso de outra natureza, que levantava uma indagação sobre a condição subjetiva desse paciente. De todo modo, uma composição enigmática, sem dúvida, entre sujeito-língua/fala estava posta. A fala de Mario, para mim, envolvia, certamente, a relação triádica mencionada anteriormente.

Na área dos distúrbios da comunicação, falas sintomáticas como as de Mario, geradoras de rompimento no fluxo do diálogo ou no fio narrativo, são tratadas pela via de uma aproximação à Pragmática Clínica, definida por Cummings (2009, p. 6) como campo que se ocupa "do estudo dos

vários caminhos pelos quais o uso individual da linguagem para adquirir propósitos comunicativos pode ser interrompido". Nesse caso, são descritas "desordens pragmáticas" que afetam a "coerência discursiva", denominadas como "falas fora de tópico", "respostas tangenciais", "descarrilamentos", entre outras designações.

Num estudo sobre o contexto pragmático-conversacional em populações com diferentes tipos de deficiências de neurodesenvolvimento, Sudhalter e Belser (2001, p. 393) definem uma "resposta tangencial" como: "um enunciado do participante da conversa que segue um pedido de informação do parceiro, mas não responde adequadamente à pergunta e no qual o vínculo associativo entre pergunta e resposta não é claro". Esses enunciados são tratados obviamente como "malsucedidos".

Trata-se de "violações pragmáticas" resultantes de uma inabilidade do falante para reparar uma mensagem quando falhas de comunicação ocorrem, dizem os autores. Martin e demais autores (2020) salientam que, em situações como essas, mesmo frente a pedidos de esclarecimento do ouvinte, os falantes são incapazes de corrigir a falha em direção ao restabelecimento mútuo da compreensão na "troca comunicativa", o que possibilitaria, segundo Sudhalter e Belser (2001, p. 395), "dar continuidade a um tópico não resolvido em andamento".

Vale mencionar ainda uma observação desses últimos autores: a de que a maioria das pessoas pode produzir regularmente alguma fala tangencial devido à sua incapacidade de inibir pensamentos ou ideias, sobretudo, em situações altamente excitantes.

Torna-se evidente, nas colocações dos pesquisadores aqui mencionados, que questões subjetivas que envolvem a relação do falante com a linguagem estão fora do escopo da Pragmática Clínica, campo assentado no pressuposto intocável do domínio cognitivo-mental. Em relevo permanece a intencionalidade do falante de empregar declarações linguísticas para alcançar certos efeitos comunicativos, de partilhar conhecimentos de mundo (representações) com o outro, bem como de comunicá-los de forma eficaz por meio de ajustes na própria fala de modo a adequá-la às necessidades do ouvinte. A noção de sujeito epistêmico é ainda perfeitamente compatível com uma outra premissa fundamental da área: a de que "o raciocínio é parte integrante da pragmática" (Cummings, 2007, p. 425).

A distinção entre normal e patológico é diluída nas argumentações em torno da ocorrência das ditas "falas tangenciais", o que obscurece a delimitação de uma clínica. Especialmente, uma Clínica de Linguagem, instituída a partir da necessidade de acolhimento "[...] de um sujeito que sofre por efeito dos desarranjos de sua fala e pela singularidade de sua condição de falante", como sublinha Lier-DeVitto (2005, p. 144-145).

Nesse ponto, cabe salientar que, se falas tangenciais podem ser produzidas por qualquer falante, como afirmam Sudhalter e Belser (2001), definitivamente, não é qualquer falante que sofre ou é encaminhado para uma clínica por efeito da produção de uma fala tangencial.

A debilidade na Psicanálise: "o modo como o sujeito responde"

O sintoma definido na Clínica de Linguagem, até o momento de conclusão de minha tese de doutorado, como desarranjo na densidade significante de uma fala, não deixava de caracterizar, em parte e por vezes, as produções de Mario, mas, como procurei assinalar naquele trabalho, esse não era o traço que mais parecia afetar a escuta do outro. Eram menos os eventuais tropeços no encadeamento sintagmático manifesto e mais a suspensão abrupta do efeito de sentido da fala em curso no diálogo ou numa narrativa o que pegava o outro de surpresa causando-lhe perplexidade. Esse era o principal aspecto.

Lier-DeVitto (2003) havia, de certo modo, tocado nesse problema quando se volta para um segmento de diálogo clínico entre uma fonoaudióloga e uma menina de oito anos em que à pergunta da terapeuta – "*o que o seu pai faz?*", ela responde: "*faz de propósito*". Em sua análise, a autora dá visibilidade aos movimentos da língua entrevistos na fala dessa criança, a partir da palavra "faz" que dizia respeito, na pergunta dirigida a ela, à "ocupação" de seu pai. Lier-DeVitto (2003) chama a atenção para o deslocamento desse significante que, na resposta da menina, vem num bloco e articulado a um outro texto. A resposta surpreende porque se desvia do sentido esperado no diálogo, embora nada haja de errado em sua composição: "*faz de propósito*". A análise oferecida por Lier-DeVitto dá relevo à relação sujeito-língua/fala: mostra que o enunciado, embora estranho uma vez que "escapa ao diálogo", é um

possível de língua[2]. Considerando a relevância desse tipo de aporte a falas sintomáticas, pareceu-me importante pressionar essa modalidade de toque na linguagem a partir de considerações sobre a questão da subjetividade.

Por esse motivo, aproximei-me de considerações tecidas na Psicanálise acerca da debilidade. Nesse espaço, uma leitura alternativa afastada de qualquer inferência ao campo mental é oferecida. Lacan (2012)[3], de fato, indicará a necessidade de se estabelecer um corte radical nessa noção – ele anula a definição, até então centrada no déficit intelectual, ao situá-la em termos de "um mal-estar fundamental do sujeito quanto ao saber" (Bruno, 1992, p. 14)[4]. Um "mal-estar" que diz respeito a um modo muito particular de relação sujeito-linguagem, de "instalar-se num discurso". Vê-se, então, que a definição de debilidade implica "o saber inscrito num discurso".

Em *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, publicado pela primeira vez em 1964, Lacan (1998) efetua uma interpretação diferenciada do fenômeno em relação à "fusão de corpos", proposta originalmente por Maud Mannoni (1999)[5], autora pioneira no tratamento da questão nesse campo. O que está em causa para Lacan é algo da ordem de uma "coalescência" relativa à "junção da primeira dupla de significantes" (significantes primordiais) que, na trajetória do *ser* em direção à constituição subjetiva, no caso da debilidade, "solidifica-se, holofraseia" (Lacan, 1998, p. 225). Portanto, é uma ausência de intervalo que marca a fala do débil.

Trata-se de "um apanhar a cadeia significante primitiva em massa", diz Lacan (1998, p. 225), característica essencial da holófrase. Segundo o autor, embora a emergência do fenômeno não aconteça apenas na de-

2 Muito embora Lier-DeVitto (2003) desse reconhecimento ao sujeito do inconsciente e declarasse por essa via sua aproximação à Psicanálise, as análises da fala dessa criança naquele momento, embora implicassem a escuta, davam maior visibilidade à relação língua-fala.

3 O *Seminário, livro 19, ...ou pior*, originário de conferência de 15 de março de 1972.

4 Refiro-me ao texto de Pierre Bruno, intitulado "A côté de la plaque sur la debilite mentale", publicado originariamente em 1986. Na impossibilidade da obtenção do artigo original, em francês, recorri a uma tradução realizada por Maria Luiza Cançado em 1992. Ver: Bruno (1992).

5 Para a autora, a criança *débil* era reduzida a objeto, a suporte do desejo (desconhecido) da mãe.

bilidade, nessa condição, ele se configura como uma característica da relação do débil com a linguagem. Na debilidade, enfatiza, é preciso implicar o modo como o sujeito responde.

Laurent (1995, p. 170) salienta que a questão da debilidade, tomada por Lacan na dimensão do desaparecimento do intervalo entre S1 e S2, remete à "passagem inicial [do ser] pela estrutura", o que reafirma o estatuto do significante como passaporte para entrada do *infans* na linguagem.

Nesse ponto, a leitura que De Lemos (2002) confere à holófrase no Interacionismo subsidia ainda mais essa discussão. Destaco especialmente a sua interpretação sobre o momento inicial da trajetória de constituição da criança como falante de uma língua, marcado pelo jogo imaginário entre falas. Um jogo interditado, diz ela, pela incidência do simbólico instaurado pela metáfora paterna num segundo momento desse percurso, o que sinaliza a tentativa incipiente da criança de conquistar uma posição enunciativa: "a criança corta a cadeia da fala da mãe e dá reconhecimento ao intervalo que lhe permite indagar sobre o desejo do Outro" (De Lemos, 2002, p. 51). É desse modo que, para a autora, a presença da holófrase na fala da criança é indicativa de uma condição enunciativa singular impeditiva desse movimento, o que sinaliza, por assim dizer, o seu fracasso em direção à língua constituída.

Note-se que nessa direção convergem as colocações de Lacan (1998, p. 203):

> Uma falta é, pelo sujeito, encontrada no Outro, na intimação mesma que lhe faz o Outro por seu discurso. Nos intervalos do discurso do Outro, surge a experiência da criança [...]
>
> Nesse intervalo [...], que faz parte da estrutura mesma do significante, está a morada do que [...] chamei de metonímia. É de lá que se inclina, é lá que desliza, é lá que foge como o furão, o que chamamos desejo. O desejo do Outro é apreendido pelo sujeito naquilo que não cola, nas faltas do discurso do Outro [...].

Nesse sentido, a holófrase, enquanto índice da ausência de intervalo na estrutura significante (Lacan, 1998, p. 225), apontaria para o avesso desse processo descrito como de separação (fragmentação) e para a fixidez da escuta da "cadeia do Outro por inteiro", ambos a serem tomados como complicações de ordem subjetiva.

No que diz respeito à debilidade, uma pontuação de Pierre Bruno (1992, p. 16) vai ao encontro das considerações aqui trazidas: "o débil produz essa impressão de não poder se separar dos significantes do Outro [...], interditando-se de interrogar sobre sua vontade". É nesse ponto que se pode apreender a afirmação de Lacan (1998, p. 225) de que "[a debilidade] é certamente algo da mesma ordem do que se trata na psicose; contudo, o débil não é um psicótico, mesmo que ele até possa ser reduzido a isso – como podem atestar as produções holofrásticas". A questão é que, na debilidade, ao contrário do que ocorre na psicose, o sujeito está dentro do discurso; de certo que "mal instalado" ou "um pouco por fora", como diz Lacan (2012, p. 91) em *O Seminário, livro 19: ...ou pior*, mas ainda assim, no discurso.

Pierre Bruno (1992) salienta que, no cerne dessa diferenciação, reside uma espécie de "autointerdição" inconsciente do débil. Este se recusa a saber do desejo do Outro e, consequentemente, do próprio desejo. O autor sustenta que o débil se afasta da psicose justamente porque se interdita de saber e, com isso, evita interrogar-se sobre a própria vontade. E é justamente nesse movimento que, segundo Bruno (1992, p. 16), "ele se mostra sensível à sua divisão de sujeito, que ele dá a ver, ocultando". O psicótico, de forma alguma, pode fazer isso. Na debilidade, diz Pierre Bruno, há como que um disfarce, uma "astúcia do débil" – ele "se faz débil" (não inteligente) para não poder ler "nas estrelinhas" a falha/falta no Outro – modo mesmo de conservar o Outro como verdade de que se faz escravo. Entretanto, fato é que "a verdade, desde que um sujeito se proponha a exprimi-la em verdade, [sempre] mente" (Bruno, 1992, p. 18)[6].

Em posição oposta àquele que pode "ler nas entrelinhas" encontra-se, segundo Lacan (2012, p. 91), aquele que "flutua entre dois discursos"[7]:

> Chamo debilidade mental o fato de um ser, um ser falante, não estar solidamente instalado num discurso. É isso que dá ao débil

6 Neste momento, Bruno discute a debilidade a partir da primeira referência de Lacan ao tema, realizada no *O Seminário, livro 16: de um Outro ao outro* (2008), originário de uma conferência de 12 de fevereiro de 1969.

7 Para Lacan, o modo de inserção de um sujeito no simbólico corresponde ao modo particular pelo qual este se inscreve num discurso. Remeto o leitor à noção de discurso em Lacan (1992), em *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*.

> um caráter especial. Não há nenhuma outra definição que se lhe possa dar senão aquela de estar um pouco 'por fora' (à côté de la plaque), ou seja, ele flutua entre dois discursos. Para estar solidamente instalado como sujeito, é preciso ater-se a um, ou, então, saber o que se faz. Mas, não é porque se está à margem, que se sabe o que se diz.

O débil é, assim, aquele que está "um pouco por fora", preso à margem do intervalo imposto pela ordem simbólica. Sua recusa em se manifestar nesse lugar vazio de sentido equivale à "evitação" de sua própria divisão, diz Lacan, – a divisão que ele recobre com a imagem de uma unidade "especular" (em que os sentidos vêm do Outro).

O débil fica fixado numa "identificação apaixonada" pela imagem da mãe. É nesse sentido que se pode entender Pierre Bruno (1992, p. 17), quando afirma que o "o débil faz caduca a língua como fonte de equívocos", pois o equívoco é a expressão mesma de uma conquista que o débil recusa – ele se prende numa cristalização imaginária[8]: "o débil não pode se separar dos significantes do Outro" (Bruno, 1992, p. 16).

Após a exposição de algumas diretrizes e delineamentos de argumentos nodais encaminhados por alguns psicanalistas sobre a questão da debilidade, ofereço uma análise alternativa para o sintoma na fala de Mario.

Sintoma na fala e debilidade: uma leitura a partir da Clínica de Linguagem

Em sua particularidade, as falas de Mario interrogam sobre aquele que fala e sobre a subjetividade. Retomo, neste momento, um dos episódios trazidos no início deste trabalho. No excerto do diálogo a seguir, Mario (M) e a terapeuta (T) conversam sobre o *Show do Milhão* – um antigo programa de TV brasileiro que premiava os participantes com quantias cada vez maiores em dinheiro conforme eles fossem acertando as perguntas do apresentador. O diálogo parece transcorrer sem problemas até o

8 Nesse sentido, afirma Lacan (1974) citado por Bruno (1986, p. 19): "eu diria que se o ser falante se mostra devotado à debilidade mental, é pela ação do imaginário".

ponto em que a terapeuta pergunta se ele "acertava" bastante, referindo-se à "resposta correta" no *game show* da TV. Observemos os enunciados do Episódio 1:

1)
(1) T: Ah, você gosta do show do milhão?

(2) M: Eu gosto, gosto de ganhá cinquenta mil.

(3) T: Cinquenta mil!? Você tem o joguinho no computador ou só assiste na televisão?

(4) M: só assisto.

(5) T: E você acerta *bastante?*

(6) M: Acerto. Acerto bastante. Sério! Eu faz assim / quando eu fui / levantei, fui no banheirinho, lavei o rosto, tomei um cafezinho e depois escovei o dente e fui cuidar da minha sobrinha.

(7) Eu não entendi, o que você falou?

Ambos permanecem em silêncio por alguns segundos. Um novo tópico é introduzido por T, o que muda completamente o fio da conversa.

Enfatizo que não foi qualquer significante que fisgou a escuta de Mario no Enunciado 6. Capturado pelo "acerta" na fala da terapeuta no Enunciado 5, ele responde afirmativamente à questão, relatando, de imediato e em sequência, uma cena matinal cotidiana de hábitos rotineiros de autocuidado para depois referir-se à ajuda prestada à sua mãe pelo ato de cuidar da sobrinha de dois anos – uma das várias atribuições a ele designadas diariamente. Nesse caso, importa sublinhar a valorização que esse comportamento recebia de sua mãe "como aquilo que era acertado fazer". Lembramos o que enfatizava já na entrevista: "*o que tem que fazer, faz!*".

O Episódio 2 parece confirmar essa hipótese:

2)
F: Quando chegá em casa vô te que lavá louça.

R: Você vai ter que lavar a louça?

F: É.

R: Todo dia você lava a louça?

F: Mãe que sabe. Mamãe ajudo ela lavá também.

O Enunciado 6 de Mario no Episódio 1 apresentado anteriormente é de fato estranho. A resposta à pergunta da terapeuta escapa abruptamente do diálogo em curso. Para além dessa observação imediata, podemos reconhecer nesse enunciado a presença de Mario em cenas outras, afastadas do aqui e do agora da interação face a face. Com Lier-DeVitto (2019) afirmamos que esse descolamento remete à atemporalidade do significante. Uma atemporalidade governada por uma lógica relacional (estrutural) e também subjetiva. Nesse sentido, o significante "acerta", na fala da terapeuta endereçada a Mario, parece remetê-lo – no mesmo instante – para um "outro tempo e lugar", para uma "outra cena" insistente e inscrita numa vivência subjetiva. As falas de Mario definitivamente evidenciam sua relação com o significante e não com o significado como pressuposto nas explicações da Pragmática ao fenômeno das ditas "falas tangenciais".

A questão da singularidade vem à tona e interroga sobre aquele que fala, ou, como diria Lier-DeVitto (2019, p. 33), sobre a "fonte subjetiva de tais articulações significantes". Essa "imprevisível articulação significante" [o ato], como diria Lacan, se afasta da ideia de falatório cotidiano, consensual e de circulação imaginária de sentidos indicativos de um pertencimento adaptativo do falante à sua comunidade. Mario paga um preço caro por sua singularidade na medida em que esta, ao suspender o efeito imaginário da aliança intersubjetiva, da "cristalização social" e do "repetível da língua" (Milner, 1987), desvela o seu não pertencimento à coletividade. Mario não fala como todos!

Não é por acaso que Lier-DeVitto (2002, p.173), em *Questions on the normal-pathological polarity in language*, aborda os efeitos dramáticos do sintoma na fala sobre o falante, como "[...] uma marca de singularidade que o isola tragicamente de todos os outros falantes de sua língua". Ela dá visibilidade ao sofrimento subjetivo porque o sintoma, como ela enfatiza, esgarça o laço social e produz quebra na ilusão de unidade e de semelhança com o outro (Lier-DeVitto, 2002, 2005, 2006). Mario era de fato marginalizado, "não levado a sério na família", como lamentava com tristeza a sua mãe.

Uma problematização já forte e consistente em relação à noção de comunicação na Clínica de Linguagem foi realizada em 2008 por Lier-DeVitto e Fonseca[9] e avançada por Lier-DeVitto em 2019. Ao lado de Milner (1987), as autoras dão visibilidade ao gesto de Lacan de introduzir no sistema da língua, pela via da proposição de um "espaço unidimensional" da cadeia significante, a questão da possibilidade de atribuição de sentido e, ainda, de atrelá-la "à imprevisibilidade" decorrente da suposta presença de um sujeito "entre os significantes". É nessa dimensão que se pode entender, sublinham as autoras, a afirmação de Lacan de que a comunicação é "um encontro contingente entre duas redes significantes", e que, se trata, portanto de "um equívoco bem-sucedido".

Como se vê, o problema teórico da comunicação, posto fora na teorização da Linguística saussureana, é problematizado na Psicanálise, campo cuja aproximação é incontornável na discussão e no enfrentamento de falas sintomáticas como as de Mario. Afinal, como tem sustentado Lier-DeVitto (2019, p. 36) ao longo de sua trajetória de elaboração sobre o sintoma na clínica de linguagem: "O 'trabalho interminável da interpretação' demanda uma *escuta para o andamento significante* – é ela [a escuta] que viabiliza o diálogo e abre caminho para a mudança na clínica de linguagem".

Conclusão

Neste capítulo, resgatei a leitura que pude fazer em minha tese do sintoma na fala num caso de debilidade. Essa interpretação, norteada pelo olhar exigente de Maria Francisca Lier-DeVitto, comprometido com as especificidades da Clínica de Linguagem, permitiu que eu desse um passo muito cuidadoso em direção ao campo da Psicanálise.

Falas como as de Mario exigem ainda um mais a dizer. Mesmo que sejam "gramaticais", não deixam de expor, na pluralidade de suas manifestações, o insucesso de um falante, como procurei mostrar.

9 Trata-se de trabalho não publicado, apresentado no VII Encontro Nacional sobre Aquisição da Linguagem, em Porto Alegre, no ano de 2006.

O aprofundamento desta discussão pode contribuir para o avanço da Clínica de Linguagem.

Referências

BRUNO, P. A coté de la plaque: sobre a debilidade mental. Tradução de Maria Luiza Cançado. *In*: SIMPÓSIO DO CAMPO FREUDIANO – COISA FREUDIANA: TRANSMISSÃO EM PSICANÁLISE, 1992, Curitiba. *Anais* [...]. Curitiba: [*s. n.*], 1992. p. 14-30.

CARNEVALE, L. *O falante entre cenas*: descaminhos da comunicação na deficiência mental. 2008. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

CUMMINGS, L. *Clinical Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

CUMMINGS, L. Clinical Pragmatics: a field in search of phenomena?. *Language and Communication*, New York, v. 27, n. 4, p. 396-432, 2007.

DE LEMOS, C. T. G. Das viscissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, n. 42, p. 41-69, 2002.

LACAN, J. *O Seminário, livro 11*: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, J. *O Seminário, livro 16*: de um Outro ao outro. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LACAN, J. *O Seminário, livro 17*: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LACAN, J. *O Seminário, livro 19*: ...ou pior. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

LAURENT, E. *Versões da clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

LIER-DE VITTO, M. F; ARANTES, L. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 65-71, 1998.

LIER-DEVITTO, M. F. Falas fora de tempo e fora de lugar: relações conflituosas da criança com a língua materna. *Linguística*, Montevideo, v. 35, n. 2, p. 27-38, 2019.

LIER-DEVITTO, M. F. Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 47, n. 1/2, p. 143-150, 2005.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da Linguagem: sobre as "vicissitudes de falas sintomáticas". *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: FAPESP, 2006. p. 183-200.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da Linguagem: subversão posta em ato. *In*: LEITE, N. (org.). *Corpo e Linguagem*: gestos e afetos. Campinas: Mercado da Letras: FAEP: Unicamp, 2003. p. 233-245.

LIER-DEVITTO, M. F. Questions on the normal-pathological polarity. *Revista da Anpoll*, Porto Alegre, v. 1, n. 12, p. 169-186, 2002.

MANNONI, M. *A criança retardada e a mãe*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MARTIN, G. E. *et al*. Longitudinal analysis of communication repair skills across three neurodevelopmental disabilities. *International Journal of Language & Communication Disorders*, London, v. 55, n. 1, p. 26-42, 2020.

MILNER, J. C. *O amor da língua*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

SUDHALTER, V.; BELSER, R. C. Conversational Characteristics of Children with Fragile X Syndrome: tangential language. *American Journal on Mental Retardation*, Baltimore, v. 106, n. 5, p. 389-400, 2001.

PARTE III

Clínica de Linguagem com crianças

8

A posição do clínico de linguagem frente à demanda para o tratamento de crianças com quadros graves de psicopatologia

Mariana Trenche de Oliveira

Introdução

No âmbito do discurso médico-psiquiátrico, descreve-se, a partir do *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais* (American Psychiatry Assotiation, 2014), um quadro clínico de crianças – grave e complexo – nomeado como Transtorno do Espectro Autista[1] (TEA). Na clínica

1 Por DSM-V (2014), compreende-se o *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais*, produzido pela American Psychiatric Association (APA), para padronizar o diagnóstico de transtornos mentais e que classifica crianças com prejuízo severo e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento: a) déficits persistentes na comunicação social e na interação social; b) padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesse ou atividades; c) sintomas que se manifestam nos primeiros anos de vida;

psicanalítica, esses pacientes geralmente recebem o diagnóstico de psicose ou de autismo infantil. Eles podem chegar direta e exclusivamente na Clínica de Linguagem ou serem encaminhados pela escola, clínica médica e, ainda, pela clínica psicanalítica que, desse modo, reconhecem um limite de atuação (Fonseca, 1995, 2002).

Parto do reconhecimento de crianças que não falam, não leem e nem escrevem ou, então, que o fazem de forma mecânica e com sentido interrogado, e que, além disso, apresentam dificuldades extremas em se dirigir ao outro e em escutá-lo. Trata-se de crianças nas quais o quadro de linguagem está profundamente atrelado à incidência de certa condição subjetiva: elas não estabelecem laço com o outro, como pude atestar em minha clínica, discutir em minha dissertação de mestrado, assim como em trabalhos posteriores (Oliveira, 2001, 2006a, 2006b, 2022).

Neste trabalho, procuro discutir a inclusão de crianças com quadros de psicopatologia grave na clínica fonoaudiológica, devido à especificidade dos manejos que sua presença requer, tanto na esfera do diagnóstico, quanto do tratamento. Nesse passo, introduzo uma discussão sobre a imprescindível formação de um clínico que se propõe a receber esses casos. Por fim, no que diz respeito às crianças que chegam encaminhadas de outras áreas, pergunto, ainda, se a fonte do encaminhamento – médicos e psicanalistas – é indiferente ou se importa de onde o paciente veio e como o diagnóstico do outro campo é realizado.

A quem cabe o atendimento de crianças com psicopatologia?

A inclusão de crianças com psicopatologias graves no atendimento fonoaudiológico propicia uma indagação acerca de quem deveria atendê-las: um fonoaudiólogo ou um psicanalista? Se a indicação de terapia de linguagem para crianças que não falam, mas estão de alguma forma submetidas ao funcionamento linguístico-discursivo, raramente é questionada,

~ e d) sintomas que causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras área importantes do indivíduo.

conforme apontou Arantes (2008), nesses casos, a indicação torna-se polêmica.

A problemática do encaminhamento de crianças com quadros de psicopatologia para o atendimento pela fonoaudiologia e/ou pela clínica psicanalítica ganhou um debate consistente no livro *Audição, voz e linguagem* (Pavone; Rafaeli, 2008). Nele, procurou-se interrogar a especificidade do trabalho com diversos profissionais no âmbito institucional[2]. Deve-se dizer, entretanto, que tomam parte nessa discussão fonoaudiólogos orientados pela perspectiva teórico-clínica da Clínica de Linguagem, perspectiva que produz um corte em relação à abordagem ortopédica vigente na Fonoaudiologia no que tange ao diagnóstico e à intervenção em quadros que implicam sintomas de linguagem. Arantes (2008, p. 107) deixa isso claro ao dizer: "estou excluindo desta discussão uma clínica fonoaudiológica adaptativa, de adestramento, mesmo porque as questões colocadas aqui não são questões para ela". Não ignoro, portanto, que em muitos momentos nos quais o termo "fonoaudiologia" aparece, é de Clínica de Linguagem que se trata.

Mas, no livro, a questão do encaminhamento de crianças com quadros de psicopatologia é colocada a partir das relações entre a clínica fonoaudiológica e a clínica psicanalítica, o que não é sem efeitos. Rubino (2008), entre outros, levanta uma discussão importante: quando uma criança chega exclusivamente por uma demanda para um diagnóstico na clínica fonoaudiológica, corre-se o risco de receber o paciente e endossar uma leitura sobre a criança, resistente quanto à consideração de aspectos subjetivos.

Pode-se dizer que fonoaudiólogos e clínicos de linguagem recebem crianças com falas sintomáticas. Pode-se dizer, ainda, que eles partilham de um mesmo desejo: de que uma fala floresça. No entanto, eles não o fazem a partir de um mesmo paradigma teórico. Fonoaudiólogos, tradicionalmente aderidos ao discurso médico, não costumam interrogar a função dos diagnósticos classificatórios no tratamento de crianças. Além disso, a natureza de sua interpretação é qualificável como "tradução

2 Trata-se da clínica-escola de uma faculdade privada de Fonoaudiologia em São Paulo, que atua com profissionais e estagiários.

compreensiva", expressão de Allouch (1995), assentada segundo Vorcaro (1997, p. 40), no binômio "observação-compreensão" e reguladora do sentido fugaz da manifestação da criança pelo sentido compreendido pelo clínico (Lier-DeVitto; Emendabili, 2015). Nessa posição, o terapeuta fica impossibilitado de escutar como o paciente fala/não fala (Spina-de--Carvalho, 2003).

Assim, a despeito da forte presença da Clínica de Linguagem na discussão, a equação que sustenta a pergunta "quem deveria atender estas crianças, se um fonoaudiólogo ou um psicanalista?" implica uma distorção da questão, afinal, Fonoaudiologia e Psicanálise não são formações equiparáveis. Fonoaudiologia é uma formação acadêmica e pode ser comparada à Psicologia, cuja exigência formativa é da mesma natureza. Clínica de Linguagem e Psicanálise, diferentemente, são formações independentes, ainda que seus saberes possam circular na esfera da academia. Por outro lado, no âmbito institucional, por uma questão formal, pacientes são recebidos para o setor de fonoaudiologia e/ou de psicologia, quer estes profissionais, possuam ou não, respectivamente, formação em Clínica de Linguagem e em Psicanálise. Esse fator traz ainda mais complexidade para a questão de quem deveria atender.

Evidentemente, como afirma Arantes (2008), o sintoma na fala dessas crianças abre espaço e reclama uma intervenção de linguagem, mas esse atendimento só pode se justificar se um clínico for capaz de assumir "[...] que os processos de estruturação da fala e do sujeito são solidários" (Arantes, 2008, p. 103). Posição que só pode ser ocupada por um clínico interrogado pela linguagem, "[...] interroga[do pelo] modo de relação da criança com a fala do outro e com a própria fala" (Oliveira; Lier-DeVitto, 2020, p. 182). Para Arantes (2008), soma-se a isso a possibilidade de que o clínico possa escutar e manejar o discurso parental. Para Rubino (2008), escuta e manejo exigem que ele tenha se submetido à análise pessoal.

De fato, esses casos chegam ao fonoaudiólogo, que pode ou não ter formação em Clínica de Linguagem. Deve-se dizer, porém, que quando a aposta dos pais é integral e exclusiva no trabalho com a fala, a demora no seu aparecimento – porque não se trata de uma questão apenas de verbalização, mas de estruturação da linguagem e, ainda, da subjetividade – pode resultar em um desinvestimento no tratamento, aumentando as chances de ele vir a ser abandonado. Importa, portanto, que a formação de um clínico permita-lhe escutar os pais e interrogá-los com o

intuito de produzir neles deslocamentos discursivos. E, ainda, permita-lhe escutar a fala sintomática e suas implicações no outro e no diálogo. Com isso, uma direção de um tratamento pode ser vislumbrada e abrir caminho para a promoção de mudanças na condição de fala e de falante de uma criança. Com esse esclarecimento, a pergunta pode ser recolocada: "para quem encaminhar? Para um clínico de linguagem ou para um psicanalista?".

Sobre esse ponto, vale recuperar as esferas formativas do clínico de linguagem e do psicanalista, que são, em ambos os casos, três: a análise pessoal, a supervisão e a formação teórica. A especificidade de uma clínica, no entanto, é tributária das duas últimas[3]. Como nos lembra Arantes (2008), a escuta do clínico de linguagem é movida mais por uma teorização sobre a linguagem e a do psicanalista sobre o psiquismo, o que "[...] determina discursos (imaginários) particulares" (Arantes, 2008, p. 104), ainda que um e outro sustentem a tensão entre saber e não saber. Para a autora, no tratamento dessas crianças, essas clínicas trabalham no liame da estruturação do sujeito e da estruturação da linguagem, "mas essa intersecção não obscurece diferenças nem finalidades prioritárias ('fazer falar' e 'instituir vigência de condição subjetiva')" (Arantes, 2008, p. 105).

Torna-se impossível, por essa razão, questionar a legitimidade tanto da presença do psicanalista, quanto do clínico de linguagem, no tratamento dessas crianças. Como afirma a autora, a Clínica de Linguagem deve acolher qualquer caso associado à ausência de fala ou sua presença em uma condição sintomática. Ela escreve que

> a ausência de fala já é em si mesmo uma questão de linguagem, o que confere espaço para o Clínico de Linguagem, a quem 'caberia [...] atender, por uma questão lógica e ética, qualquer caso em que sintoma na linguagem (sob a forma de presença ou ausência de fala) estiver implicado' (Arantes, 2008, p. 103).

Frente a esses quadros, Arantes (2008) indica que há duas vias clínicas que, ainda que distintas, miram, uma e outra, no "enlaçamento do

3 Isso não impede que um clínico de linguagem faça, para certos manejos, supervisão com psicanalista.

sujeito pela fala" (Arantes, 2008, p. 105). Ações clínicas nesses campos são movidas pela diferença na escuta, mas ambos os tratamentos são possíveis, distintos e, além disso, fundamentais. Pais, entretanto, podem procurar uma clínica e não outra, assim como procurarem as duas, simultaneamente ou em tempos distintos. Além disso, há psicanalistas que encaminham essas crianças para a Clínica de Linguagem e vice-versa.

Para Arantes (2008), a "questão teórico-clínica" crucial é mais decidir sobre por qual tratamento começar; direção, deve-se dizer, inevitavelmente "complexa", uma vez que implica a singularidade de cada caso. Para a autora, "não se trata, portanto, nem de digladiar pela circunscrição de espaço clínico" nem "de diluir diferenças" (Arantes, 2008, p. 104). Acrescento, nem tomar os atendimentos como excludentes. Se "uma via clínica favorece a outra", como a autora afirma, articulados, esses tratamentos não potencializariam os esforços para o "enlaçamento do sujeito pela fala"?

A fonte do encaminhamento e suas implicações para o tratamento na Clínica de Linguagem

Quando um caso é lido por um clínico como problemático? Essa leitura tem início antes mesmo do encontro com os pais das crianças, no momento das entrevistas. Torna-se essencial, nesse sentido, considerar as circunstâncias em que o caso chegou, a fonte e o modo de encaminhamento, o que foi dito pelos pais no primeiro contato, quem o terapeuta convocou para participar da entrevista e quem de fato compareceu. É recomendável que o clínico articule esse panorama às entrevistas.

Como disse, crianças com quadros graves de psicopatologia chegam à Clínica de Linguagem em função do estranhamento dos pais e, também, pelo encaminhamento de médicos, psicanalistas, psicólogos, fonoaudiólogos ou pela escola. Como sugerido nas perguntas anteriores, a fonte do encaminhamento não é indiferente, na medida em que aquilo que se espera de um clínico de linguagem está intimamente ligado ao tipo de diagnóstico que foi realizado antes do direcionamento da criança, assim como o que se entende ou se ignora por Clínica de Linguagem. Na Medicina, o diagnóstico é realizado em termos de sinais observáveis

e característicos da doença e, na Psicanálise, diferentemente, ele é estrutural, determinado na relação em transferência com o analista.

Deve-se esclarecer que o diagnóstico médico de TEA visa enquadrar sujeitos, sob a mesma rubrica, em um espectro de manifestações, eliminando suas diferenças. Um clínico de linguagem, por levar em consideração a "singularidade de uma fala e de um falante" na abordagem da fala sintomática, não pode ficar alheio ao contexto clínico, político e mercadológico que, segundo Laurent (2014), subjaz esse diagnóstico. Nem, tampouco, ao aumento colossal de diagnósticos[4], em função da modificação sucessiva dos critérios classificatórios, desde o início deste século.

Kupfer (2019) aborda o problema da normatização/homogeneização social pela supressão das diferenças. Ora, a classificação diagnóstica do TEA, própria de métodos adaptativos, viabiliza a proliferação indiscriminada de diagnósticos baseados em sinais e sintomas apressados, e ignora outras condições. Não é infrequente receber, por exemplo, crianças diagnosticadas com TEA a partir de uma única consulta médica, e tampouco, antes mesmo que outras investigações – como as neurológicas e auditivas, por exemplo – sejam realizadas; investigações, diga-se, imprescindíveis para um diagnóstico diferencial. Além disso, se é pela fala que se faz laço, toda fala sintomática pode produzir esgarçamento no laço social. Supor, entretanto, que sua presença implica, compulsoriamente, um quadro de TEA – como se observa frequentemente na clínica – é uma extrapolação.

Além disso, não se pode ignorar o efeito devastador na relação pais-filhos consequente ao diagnóstico classificatório em crianças pequenas, em processo de constituição psíquica e aquisição da linguagem. Como afirma Vorcaro (2008), o diagnóstico de TEA pode levar os pais a lerem as manifestações corporais e, acrescento, vocais, da criança, como correspondentes aos sinais previstos nos manuais classificatórios e a refrearem suas hipóteses singulares sobre o filho e suas manifestações subjetivas. A partir de um olhar e uma escuta avaliativa, os pais podem, ao qualifi-

4 Segundo a mais recente pesquisa do cdc.gov, estima-se que, a cada 31 crianças com oito anos de idade, uma tem TEA (Centers for Disease Control and Prevention, [2022]).

car as manifestações de seus filhos, aderirem ao discurso médico e usar termos como "crise", "estereotipia", "ecolalia", "apraxia", entre outros.

Um clínico de linguagem recebe, de médicos, crianças com quadros que envolvem, entre outras, dificuldades na fala. Ele é usualmente chamado a suprimir "erros na fala" e/ou adequá-la do ponto de vista da comunicação. Nesse caso, os pais costumam se apresentar como "porta-vozes" do discurso médico, discurso que participa de forma expressiva das entrevistas e exige delicadeza no manejo para que a transferência se estabeleça, sem concessão, pelo clínico de linguagem, da ética que circunscreve sua posição frente ao sujeito e seu saber sobre a linguagem. Certamente, um pedido de mudança na fala e na relação da criança com a linguagem é esperado, mas esse pedido, de forma alguma, pode ser recolhido como se não houvesse fala e falante, um sujeito em sofrimento – o que, de imediato, elimina a ideia de que o erro na fala possa ser anulado, sem prejuízo para o falante. Um clínico de linguagem não é um corretor de comportamentos. Nesse caso, ele ouve, mas não pode aderir a um diagnóstico como o TEA.

Pelas mesmas razões enunciadas anteriormente, um clínico de linguagem não pode ser indiferente à solução oferecida, em termos de intervenção, pelo diagnóstico de TEA: "[...] submeter a criança a um tratamento que visa, exclusivamente, adestrar comportamentos" (Kupfer, 2019), apreendidos como inadequados. O laudo chancela a necessidade de um tratamento padrão[5], considerado imperativo e único em efetividade, segundo um discurso unívoco, que negligencia uma reflexão sobre as prioridades e necessidades das intervenções. Ou seja, ele abre a porta para um tratamento intensivo, que varia de 25 a 40 horas semanais, mesmo para crianças menores de quatro anos e garante, do ponto de vista jurídico, o tratamento e/ou reembolso de convênios médicos pela prestação de serviços, a depender se sua realização ocorreu no âmbito público ou privado.

Enfim, um clínico de linguagem não pode se eximir em assumir um posicionamento ético e político frente ao bombardeio discursivo, destinado às crianças e suas famílias, que apregoa que o único tratamento

5 Tratamento fonoaudiológico para o desenvolvimento da fala, psicológico para o treinamento do comportamento e de terapia ocupacional para a integração sensorial.

comprovado com base em evidências científicas é o comportamental e, portanto, único possível e efetivo. Será? Sem levantar bandeiras dogmáticas, com Kupfer (2019), é preciso esclarecer a que visa esse tratamento e porque ele é insuficiente, além de excessivo, sobretudo no caso de crianças pequenas que não falam.

Ansermet e demais autores (2022)[6], ao discutirem os resultados das pesquisas científicas e governamentais em países europeus[7], concluem que os benefícios dessa prática em crianças diagnosticadas com TEA são desprezíveis. Os resultados quantificam aquisições cognitivas, mas não mostram mudanças clínicas significativas no que tange à autonomia e à socialização, deixando claro que esse tratamento visa apenas à normatização do comportamento da criança e ao seu desenvolvimento cognitivo. Com objetivo não menos similar, as fonoaudiólogas brasileiras Fernandes e Amato (2013) analisaram os resultados da terapia de Análise Comportamental Aplicada (ABA)[8], e concluíram que

> os estudos que compararam a abordagem de ABA a outras propostas levam às mesmas conclusões de outras revisões de literatura, ou seja, não há evidência suficiente para corroborar a preponderância da ABA sobre outras alternativas (Fernandes; Amato, 2013, p. 295).

Do ponto de vista do tratamento para a "fala", a perspectiva comportamental visa ensinar a criança a verbalizar, por meio de comandos, afinal, linguagem equivale à oralização, um comportamento aprendido por condicionamento operante. A aprendizagem da "fala" "sob comando", entretanto, não proporciona autonomia para a fala, já que falar a mesma coisa não significa falar a mesma língua, nem dialogar (Oliveira, 2001). A criança se torna dependente da mediação do adulto e fica, consequentemente, sem recursos para interagir com os pares.

6 Um grupo de psicanalistas europeus com larga experiência no atendimento de autistas, entre os quais Laurent, E.; Maleval, J. C; Golse, B.

7 Na França, onde houve um generoso investimento financeiro em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) a partir de 2010 em 28 instituições-piloto, segundo os autores, e também na Inglaterra.

8 Outro método comportamental.

Além disso, como afirma Cerqueira (2023, p. 391), a criança, pela via da estimulação da fala, pode até "falar palavras" e dar respostas curtas, mas simplesmente falar para responder ao outro "de forma adequada" torna-se sofrido e pode levar à apatia. Avanços cognitivos e comportamentais, como sublinhou Kupfer (2019), não proporcionam a possibilidade de a criança vir a falar em nome próprio. Um clínico de linguagem leva em consideração a singularidade da criança como falante e, por isso, seus esforços em livrar o sujeito de seu mal-estar na fala estão marcados pelo desejo de que a criança venha a falar em nome próprio.

Quando o encaminhamento para o clínico de linguagem vem da Psicanálise, é diferente. No diagnóstico psicanalítico, o analista considera a realidade psíquica – como um sujeito fala sobre suas vivências. O pedido de análise pressiona o psicanalista a realizar um diagnóstico diferencial estrutural, que leva em consideração a posição do analisante frente ao Outro e, portanto, como o aborda e dele se defende. Assim, ele é confrontado com as defesas próprias de um sujeito, que permitem que ele seja referido às estruturas clínicas, qual sejam, neurose, psicose, perversão.

A partir da prática orientada pela psicanálise com crianças pequenas em instituições públicas, Lefort e Lefort (2003) introduzem, nessa tríade diagnóstica, a hipótese da "exclusão do Outro" e a associam aos quadros de autismo (Laurent, 2014; Lefort, 2003; Maleval, 2009). Maleval (2009) endossa a tese dos Lefort, defende a impossibilidade de alocar o autismo no campo das psicoses e dá amplitude à concepção de autismo como quarta estrutura. Esse é um ponto que merece ser enfatizado, já que casos de autismo chegam e são atendidos por clínicos de linguagem, que se veem interrogados pela sua especificidade.

Na Psicanálise, o diagnóstico tem no horizonte, como disse, a apreensão de estruturas clínicas, ou seja, esse objetivo, como sugere Quinet (1991), é condição para o estabelecimento subsequente da direção do tratamento, na medida em que estruturas clínicas se articulam às questões fundamentais do sujeito "sobre o sexo, a morte, a procriação, a paternidade" (Quinet, 1991, p. 19). Por essa razão, a proposta de normatização de autistas, por meio do diagnóstico de TEA, desconsidera a lógica particular de funcionamento subjetivo. Como afirma Quinet (1991), confundir as estruturas poderia conduzir a erros clínicos, já que não se pode prometer, por exemplo, a inserção de um psicótico ou de

um autista, na lógica neurótica. Normatizar seria, assim, fazê-los funcionar como um neurótico, gesto que, como afirmou esse autor, não é possível devido à estruturação subjetiva. Importa, nesse sentido, que "a amplitude destinada à descrição do TEA vai na contramão de um refinamento diagnóstico necessário para apoiar aqueles que se propõem a [...] tratar uma criança" (Pesaro; Kupfer; Davini, 2020, p. 19).

Crianças são encaminhadas para a Clínica de Linguagem também por psicanalistas, a partir de um diagnóstico estrutural. Para a Psicanálise, a constituição subjetiva é efeito da captura do organismo pela linguagem. Podemos afirmar com Bergès (2008) e Catrini (2011) que a estrutura neurológica imatura implica a necessária submissão do bebê aos cuidados do outro. Essa submissão implica linguagem, fala e olhar do outro: ao dirigir-se a criança, esse outro faz dela um interlocutor. Melhor dizendo, o outro antecipa a criança como interlocutor, como falante. Nessa direção estão, com a Psicanálise, o Interacionismo e a Clínica de Linguagem.

Segundo a Psicanálise, o sorriso social da criança, que ocorre por volta do terceiro mês de vida, é um sinal precursor do advento do sujeito por marcar a passagem de um estado narcísico e autístico primário para um objeto exterior (Balbo, 2004; Ferreira, 2006). Para os autores, as funções – sensoriais/perceptuais – de ouvir e ver o que ocorre durante os cuidados do bebê não estão separadas, sobrepondo-se precocemente em uma única função. A partir do segundo mês, o bebê passa a olhar fixamente para esse "estímulo visual" que é fonte de satisfação durante a mamada. O aparecimento do sorriso social ocorre no terceiro mês e a criança passa a reconhecer os atributos da face humana como olhos, nariz e linha das sobrancelhas. A predominância da audição[9] sobre a visão, segundo os autores, é o que determinará, a par e passo, sua separação em funções distintas (Balbo, 2004; Ferreira, 2006).

Segundo os autores, ao ouvir a voz familiar, o bebê procura ver, no espaço circundante, aquilo que ele escuta. Assim, o reconhecimento dos atributos faciais torna-se uma função antecipadora e jubilatória, que permite a configuração de um dentro e de um fora do ponto de vista da audição, desde que o discurso do outro possa produzir sentido no

9 A audição predomina sobre os outros sentidos até os dez meses (Balbo, 2004).

escutado, dando-lhe consistência e produzindo escansão, corte, inscrição temporal entre os elementos linguísticos sequenciados no tempo (Balbo, 2004).

Para os psicanalistas, os quadros graves de psicopatologia, como o autismo e a psicose, são determinados pela impossibilidade de tais crianças operarem essa nodulação essencial (Balbo, 2004). Quando a função antecipadora opera, mas sem que o discurso lhe atribua consistência, no primeiro caso, ou, quando não opera, no segundo, o sujeito pode ser tomado pelo outro, de modo inconsciente, como mero organismo, como pura matéria sem sustentação simbólica. Em ambos os casos, a criança fica impossibilitada de sustentar um dizer próprio.

A ausência da operação da função antecipadora impede, para Laznik (2004), o fechamento do circuito pulsional e determina que o bebê não busque se fazer olhar ou se ouvir[10] por sua mãe/adulto quando esta/este não lhe solicita, nem procure lhe provocar a troca jubilatória. Caso no qual a estruturação será autística. Para Maleval (2017), o autismo é marcado, no princípio, pela recusa em ceder ao Outro os objetos pulsionais – o olhar, a voz, o seio e as fezes –, uma vez que sua cessão pode ser vivida como dilacerante. Consequentemente, o autista tende à imutabilidade – intolerância às mudanças no meio em que vive –, impondo, para estar no mundo, uma borda autística, borda que não coincide com aquelas, ditas erógenas, determinadas pelos objetos pulsionais.

Diferentemente do autismo, se a função antecipadora é operada, mas com falhas, o bebê pode ficar radicalmente assujeitado ao Outro e às significações atribuídas a ele. Sem a intermediação de um terceiro (função paterna) na díade mãe/criança, o bebê é incapaz de reconhecer que não satisfaz a totalidade do desejo materno, já que "a função materna aparece sem limites, com um saber absoluto [...]" (Bernardino; Lavrador; Bechara, 2020, p. 22) sobre ele.

Ao admitir que a constituição subjetiva é efeito da captura do organismo pela linguagem, o encaminhamento feito pelo psicanalista ao clínico de linguagem favorece, em grande medida, o diálogo entre os dois

10 A pulsão invocante, que é relativa à voz, tem sua peculiaridade, na medida que o ouvido é "o único orifício que não pode se fechar" (Lacan, 2008, p. 190). O circuito da pulsão invocante compreende o ouvir, ser ouvido e fazer-se ouvir.

campos, uma vez que, em ambos os espaços, assume-se a noção de captura do vivo pela linguagem, tanto como a abertura para a função da fala, que é solidária à constituição subjetiva. Relembro, aqui, que Saussure é autor reconhecido na Psicanálise e na Clínica de Linguagem.

Breve fechamento

Procurei demarcar, neste trabalho, a especificidade da formação do clínico de linguagem quando o que está em questão são os sintomas na fala de crianças com quadros de psicopatologia grave. Procurei, ainda, mostrar que ao diagnóstico na Clínica de Linguagem desinteressam as classificações organicistas e interessam o falante e sua relação com a linguagem. O diagnóstico, nessa clínica, não se detém "nos sinais comemorativos da doença" (Arantes, 2001), como na Medicina, nem visa ao estabelecimento de "estruturas clínicas", como na Psicanálise, mas volta-se para a apreensão do modo de relação que o falante tem com a fala do outro e com a própria fala, condição para que a condução do tratamento seja iluminada, para que mudanças na fala e na condição de falante da criança possam advir. Conclui-se, a partir desta discussão, que um clínico de linguagem não deve ignorar a fonte do encaminhamento: ela traz implícito o modo de fazer diagnóstico e de demandar um tratamento.

Referências

ALLOUCH, J. *Letra a letra*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1995.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOTIATION. *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANSERMET, F. *et al*. Posição psicanalítica contra o dogmatismo aplicado ao autismo. *Écouter les autistes*, Paris, 29 jun. 2022. Disponível em: http://www.autistes-et-cliniciens.org/POSICAO-PSICANALITICA-CONTRA-O-DOGMATISMO-APLICADO-AO-AUTISMO. Acesso em: 10 mar. 2024.

ARANTES, L. *Diagnóstico e Clínica de Linguagem*. 2001. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

ARANTES, L. Impasses relativos ao encaminhamento de crianças que não falam. *In*: PAVONE, S.; RAFAELI, Y. (org.). *Audição, voz e linguagem*: a clínica e o sujeito. São Paulo: Cortez, 2008. p. 100-108.

BALBO, G. A língua que nos causa. *In*: VORCARO, A. (org.). *Quem fala na língua?* Sobre as psicopatologias da fala. Salvador: Àgalma, 2004. p. 123-150.

BERGÈS, J. *O corpo na Neurologia e na Psicanálise*: lições clínicas de um psicanalista de crianças. Porto Alegre: CMC Editora, 2008.

BERNARDINO, L.; LAVRADOR, M.; BECHARA, L. Quem são as crianças com entraves estruturais na constituição psíquica – EE. *In*: PESARO, M. E.; KUPFER, M. C.; DAVINI, J. (org.). *Práticas inclusivas II*: desafios para o ensino e a aprendizagem do aluno-sujeito. São Paulo: Escuta, 2020. p. 15-33.

CATRINI, M. *Apraxia*: a complexa relação entre corpo e linguagem. 2011. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Autism among 4-year-old and 8-year-old childen: an easy-read summary. *CDC*, [*s. l.*], [2022]. Disponível em: https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/features/autism-among-4-year-old-8-year-old-children-an-easy-read-summary.html. Acesso em: 19 mar. 2024.

CERQUEIRA, C. H. F. Considerações sobre a direção de tratamento na Clínica de Linguagem com crianças que não falam. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 378-393, 2023.

FERNANDES, F. D. M.; AMATO, C. A. H. Análise de comportamento aplicada e distúrbios do espectro do autismo. *CoDAS*, Salvador, v. 25, n. 3, p. 289-296, 2013.

FERREIRA, M. T. Como a palavra é tomada no corpo?. *Revista Literal*, Campinas, v. 9, p. 33-48, 2006.

FONSECA, S. C. *Afasia*: a fala em sofrimento. 1995. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

FONSECA, S. C. *O afásico na clínica de linguagem*. 2002. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

KUPFER, M. C. M. Quem serão os autistas de amanhã?. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 384-392, 2019.

LACAN, J. *O Seminário, livro 11*: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Tradução de M. D. Magno. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LAURENT, É. *A batalha do autismo*: da clínica à política. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

LAZNIK, M. C. *A voz da sereia*: o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Salvador: Agalma, 2004.

LEFORT, R.; LEFORT. R. *A distinção do autismo*. Belo Horizonte: Relicário, 2003.

LIER-DEVITTO, M. F.; EMENDABILI, M. Uma posição sobre a escuta na Clínica de Linguagem. *Linguística*, Montevideo, v. 31, n. 2, p. 73-82, 2015.

MALEVAL, J. C. *O autista e sua voz*. Tradução e notas de Paulo Sérgio de Sousa Junior. São Paulo: Blucher, 2017.

MALEVAL, J. C. *Por que a hipótese de uma estrutura autística?*. Paris: ECF, 2014.

MALEVAL, J. C. Qual o tratamento para o sujeito autista?. *Revista Inter-Ação*, Goiânia, v. 34, n. 2, p. 405-452, 2009.

OLIVEIRA, M. T. Considerações acerca da natureza da captura de uma criança autista pela linguagem. *Revista Intercâmbio*, São Paulo, v. 50, p. 69-81, 2022.

OLIVEIRA, M. T. Ecolalia: quem fala nessa voz?. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006a. p. 277-288.

OLIVEIRA, M. T. *Ecolalia*: quem fala nessa voz?. 2001. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

OLIVEIRA, M. T.; LIER-DEVITTO, M. F. Ecolalia e hiperlexia em crianças com entraves estruturais – EE. *In*: PESARO, M. E.; KUPFER, M. C.; DAVINI, J. (org.). *Práticas inclusivas II*: desafios para o ensino e a aprendizagem do aluno-sujeito. São Paulo: Escuta, 2020. p. 175-186.

OLIVEIRA, M. T. Reflexões sobre as falas ecolálicas e a interpretação fonoaudiológica a partir da discussão de dois casos de psicose infantil. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 335-344, 2006b.

PAVONE, S.; RAFAELI, Y. M. (org.). *Audição, voz e linguagem*: a clínica e o sujeito. São Paulo: Cortez, 2008.

PESARO, M. E.; KUPFER, M. C.; DAVINI, J. Apresentação. *In*: PESARO, M. E.; KUPFER, M. C.; DAVINI, J. (org.). *Práticas inclusivas II*: desafios para o ensino e a aprendizagem do aluno-sujeito. São Paulo: Escuta, 2020. p. 9-13.

QUINET, A. *As 4 +1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

RUBINO, R. Atraso de linguagem e estruturação subjetiva: questões sobre a relação entre a clínica fonoaudiológica e a clínica psicanalítica. *In*: PAVONE, S.; RAFAELI, Y. (org.). *Audição, voz e linguagem*: a clínica e o sujeito. São Paulo: Cortez, 2008. p. 70-79.

SPINA-DE-CARVALHO, D. C. *Clínica de Linguagem*: algumas considerações sobre interpretação. 2003. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

VORCARO, A. A clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. *In*: PAVONE, S.; RAFAELI, Y. (org.). *Audição, voz e linguagem*: a clínica e o sujeito. São Paulo: Cortez, 2008. p. 80-99.

VORCARO, A. *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Cia. De Freud, 1997.

9

O diagnóstico precoce de TEA e a Clínica de Linguagem

Ana Carolina Prisco

Introdução

Este trabalho traz parte dos resultados obtidos em uma pesquisa de natureza qualitativa[1], cujo objetivo era discutir o diagnóstico precoce de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Essa pesquisa teve sua origem em questões formuladas ao longo do atendimento de Joana[2], uma criança de um ano e seis meses, que foi encaminhada para terapia fonoaudiológica na Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)[3].

1 Ver: Prisco (2019).

2 Nome fictício para preservação da identidade da paciente.

3 A Derdic é um Centro Especializado em Reabilitação (CER II), vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à PUC-SP.

No momento de chegada de Joana para o atendimento, fiquei surpresa, pois se tratava de uma criança muito pequena. "O que traria uma criança tão pequena para atendimento?", interrogava. Se o início de um atendimento implica, necessariamente, uma decisão clínica no que concerne à diferença entre normal e patológico (Arantes, 2001), indagava: "seria possível que se trate de um atraso de linguagem em uma criança que certamente ainda tem todo um 'porvir'?". Essas foram as primeiras questões que me atravessaram quando soube que atenderia Joana... até o momento que me encontrei com ela.

Nas primeiras sessões, pude notar que havia algo no modo de presença de Joana no atendimento que chamava atenção. Ela não falava, mas havia algo além da ausência de fala: ela pouco me olhava e não respondia quando a chamava. Também não andava: engatinhava pela sala sem procurar um brinquedo específico. Por vezes, nem mesmo olhava brinquedos, apenas se sentava no chão, próxima a uma mesinha e a arrastava repetidamente para frente e para trás. Em nosso primeiro encontro, não se manifestou com choros ou gritos quando a pessoa que a levou para o atendimento saiu da sala sem se despedir. Percebi que estava diante de uma criança que, embora muito pequena, poderia ser facilmente diagnosticada ou receber uma hipótese diagnóstica de TEA, já que apresentava sinais que frequentemente são remetidos a tal quadro na literatura médica, como abordarei adiante.

Joana não chegou a receber o diagnóstico de TEA formalmente de um especialista, embora os seus responsáveis, frequentemente, fizessem menção a tal rótulo em nossas conversas. O termo "autismo" rondava sua história, na fala daqueles que conviviam com ela. A questão diagnóstica, pode-se dizer, fez pressão durante o seu percurso no atendimento.

A tentativa de diagnosticar os quadros de TEA o mais cedo possível vem ganhando espaço em estudos científicos. Nos últimos anos, foram realizadas pesquisas retrospectivas com a utilização de vídeos domésticos de crianças que já receberam o diagnóstico. A tentativa é de identificar quais seriam os sinais precoces desse quadro. A lógica que fundamenta esse tipo de investigação é que há sinais que poderiam ser preditivos para o TEA e, portanto, utilizados na detecção precoce do transtorno em crianças pequenas (Garcia; Lampréia, 2011). Na última década, vem sendo ressaltada a importância de antecipar o diagnóstico para 18 meses de vida. A justificativa para a antecipação do diagnóstico seria

o tratamento precoce, resultando em um melhor prognóstico para tais casos (Lampréia, 2009).

Se, por um lado, configura-se a possibilidade de antecipar o tratamento, penso que por outro é necessário refletir acerca dos efeitos de um diagnóstico realizado precocemente. Jerusalinsky (2002), ao discorrer sobre o trabalho psicanalítico com bebês, assinala que os efeitos de um diagnóstico não são quaisquer. Há um diferencial envolvido na clínica com bebês no que se refere à temporalidade na qual eles se inserem, que implica uma espera em relação ao futuro. Consequentemente, trata-se de um tempo em que, quando há a notícia de uma patologia, as limitações que ela pode impor ainda não são claras. A autora afirma que um prognóstico pode fechar as possibilidades de interrogação acerca do futuro do bebê, obliterando a possibilidade de dialetizar o futuro enquanto produção singular de um sujeito ao longo do tempo. Nesse sentido, destaco o que a autora também aponta sobre o mecanismo das "profecias autorrealizáveis" que pode se instaurar nesses casos. A representação que a patologia assume na tela simbólica parental pode produzir uma retirada de investimentos no bebê: certas demandas deixam de ser dirigidas a ele, por se supor que ele não poderia responder a elas. A ausência de tais demandas, que são um investimento necessário para que as respostas possam advir, faz com que a profecia de fracasso se cumpra, ainda que não haja um impeditivo inicial. O diagnóstico precoce se situa em um tempo de mudanças importantes na vida da criança e, por isso, demanda reflexão cautelosa: rotular a criança pode ter como consequência cristalizá-la em uma posição antes do tempo.

Ao mesmo tempo, se a meta de minha atividade não era a de diagnosticar Joana por meio da observação de um conjunto de sinais visando chegar a "um rótulo", por outro eu era testemunha de que "algo" não estava bem com ela. Sua indiferença às pessoas e aos objetos e a ausência de brincadeiras indicavam que algo devia ser feito do ponto de vista clínico. Era necessário assumir um compromisso com sua condição, com seu modo de presença na linguagem e proceder a uma aposta. Mantê-la em atendimento foi, assim, uma decisão clínica e uma posição ética frente a uma queixa e à condição de Joana.

Este trabalho filia-se à Clínica de Linguagem, proposição teórico-clínica fundada pela Prof.ª Dr.ª Maria Francisca Lier-DeVitto (2001, 2005, 2006) e adotada pelos pesquisadores do grupo de pesquisa Aquisição,

Patologias e Clínica de Linguagem. A Clínica de Linguagem foi estabelecida pela autora, a partir de uma relação particular com a Linguística, e, também, com o Interacionismo brasileiro de Cláudia de Lemos (1982, 1992, 2002), proposta que articula aquisição de linguagem e estruturação subjetiva. No Interacionismo, a língua tem função de captura e a aquisição de linguagem será explicada por meio do pensamento estrutural: mudanças na posição que a criança ocupa frente à língua, ao Outro e em relação à própria fala. O trabalho de Lier-DeVitto, ainda que partilhe o mesmo solo teórico com o Interacionismo, mantém-se em posição de alteridade, uma vez que falas sintomáticas não se confundem com os erros que marcam a passagem de *infans* a falante no campo dos estudos sobre a aquisição de linguagem. Lier-DeVitto inaugura um empreendimento teórico-clínico, a partir de uma concepção particular de sintoma que determina a direção do tratamento, e que se distingue da perspectiva pedagógica que caracteriza grande parte dos trabalhos no campo da Fonoaudiologia (Lier-DeVitto, 2006).

O objetivo central deste texto é refletir a respeito do diagnóstico precoce de TEA, a partir da análise da literatura voltada para o tema, buscando elucidar como a linguagem comparece em tais discussões. Por fim, apresentarei uma possibilidade de intervenção junto às crianças pequenas que têm sua condição psíquica interrogada. A reflexão teórica sobre o caso de Joana foi incluída, com vistas a contribuir para a discussão no âmbito da saúde mental na infância. A literatura é composta por estudos heterogêneos e, por isso, para a análise, serão divididos em três grupos.

O que diz a literatura?

No primeiro grupo, há uma discussão sobre os sinais de TEA em crianças muito pequenas (antes dos três anos)[4]. O TEA, nesses estudos, permanece definido a partir de manuais diagnósticos médicos, em especial, o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM), como um transtorno do neurodesenvolvimento. Dada a ausência de marcadores

4 São os trabalhos de: Garcia e Lampréia (2011); Zanon, Backes e Bosa (2014) e Zaqueu e demais autores (2015).

biológicos para o TEA, ressalta-se que o diagnóstico é clínico, fundamentado na observação de sinais.

Nesse grupo, há uma discussão sobre os sinais de TEA em crianças, de até três anos, que se dividem em três categorias: comprometimentos de linguagem, comprometimentos sociais e estereotipias/interesses restritos. O que fica evidente na leitura desses trabalhos é que linguagem é fala. Os primeiros sinais do transtorno, no entanto, são anteriores a ela: são os marcadores pré-linguísticos do TEA, que compreendem as interações e os comportamentos comunicativos da criança, como, por exemplo, a atenção compartilhada[5]. Apesar da ênfase dada à interação, a análise desses trabalhos incide sobre os comportamentos comunicativos da criança – os comportamentos do adulto não são incluídos nas discussões. A linguagem tem papel pouco relevante nos trabalhos, pois a fala se desenvolve "tardiamente" e é entendida como resultado do desenvolvimento comunicativo, não constituindo um marcador precoce.

Nos artigos do segundo grupo, o que se vê é uma discussão sobre a aquisição de linguagem e os fatores de risco relacionados a ela[6]. Eles trazem fortemente a ideia de interação, porém, neles, o "outro" é incluído nas discussões. Eles abarcam os antecedentes da aquisição de linguagem – o diálogo e interação – fortemente atrelados ao social. No entanto, não escapam a correlações diretas entre os antecedentes e os embaraços na aquisição de linguagem em si: interpretação "inadequada" do adulto sobre a vocalização do bebê, e até a depressão materna são apresentadas como fatores de risco para a aquisição de linguagem (que, por sua vez, também permanece atrelada à noção de desenvolvimento). Neste trabalho, no entanto, entende-se que não é possível estabelecer uma relação direta entre causa e efeito quando o que está em jogo é a aquisição de linguagem[7].

Já o terceiro grupo de trabalhos parece incidir mais sobre a necessidade de detecção do risco para autismo[8]. São de estudos que apresentam

5 A atenção compartilhada é definida por Farah, Perissinoto e Chiari (2009) como uma gama de comportamentos infantis – como olhar, apontar e mostrar – que permitem a inclusão de eventos/objetos na interação entre criança e adulto.

6 Refiro-me, aqui, aos trabalhos de Oliveira e Souza (2014), e Beltrami, Moraes e Souza (2014).

7 Sobre este tema, recomendo a leitura do trabalho de Arantes (2001).

8 Refiro-me, aqui, aos trabalhos de Visani e Rabelo (2012), e Flores; Smeha (2013).

clara fundamentação na teoria psicanalítica (de Freud e Lacan). Tais pesquisas entendem que o autismo tem relação com entraves na estruturação psíquica, que ocorrem por percalços na relação da criança com o Outro primordial. Desse modo, no autismo, as bases do psiquismo não estariam fundadas. Eles privilegiam a intervenção precoce frente aos sinais de sofrimento psíquico[9], entendendo que o investimento clínico é fundamental para evitar que o quadro se cristalize e, também, antes de incidir com um rótulo sobre a criança – o que considero importante. Nessa vertente da literatura, no entanto, parece haver certa solidariedade com a noção de "desenvolvimento", numa aposta de que, a partir de um investimento clínico, a criança poderá mudar os rumos de uma constituição que está em curso: se algo "ainda" não foi instaurado psiquicamente, poderá ser. Saliento que, na Clínica de Linguagem, haverá um afastamento da ideia de que há um processo patológico que é possível "prever" ou, ainda, "prevenir".

Clínica de Linguagem: a delineação de outro olhar

A Clínica de Linguagem é um campo de elaborações teórico-clínicas que nasce e se desenvolve a partir das reflexões originais de Lier-DeVitto (2001, 2005, 2006), acerca da clínica fonoaudiológica e das falas sintomáticas. A partir dela, haverá a possibilidade de realizar um diagnóstico de linguagem que abarca a singularidade de um caso, sem se pautar em critérios previamente estabelecidos, dados *a priori*, conforme coloca Andrade (2006) – sejam eles remetidos a uma categoria diagnóstica (pautada nos sinais do TEA) sejam aos indicadores de risco (como padrões fixos e generalizáveis para todas as crianças). Falar em singularidade, no entanto, não significa deixar de lado a teoria. Se a clínica é de linguagem, uma aproximação à linguística é condição necessária.

Trata-se, no entanto, de uma aproximação que deverá ser feita de maneira cautelosa. O Interacionismo de De Lemos é mantido na posição de alteridade, conforme assinalei, possibilidade única de encontro

9 Trata-se de sinais como: recusa do olhar, distúrbios do sono, recusas alimentares, atrasos psicomotores, ausência de brincadeiras e ausência de controles esfincterianos.

profícuo entre campos. Esse modelo se volta para a teorização sobre a fala da criança, considerando a ordem própria da língua (Lier-DeVitto; Carvalho, 2008), a partir de compromisso com o Estruturalismo Europeu de Saussure e Jakobson e com a leitura que Lacan fez desses autores a partir da introdução da hipótese do inconsciente. Há um abandono da noção de desenvolvimento para compreender a passagem de *infans* a sujeito falante: a aquisição de linguagem passa a ser explicada por meio do pensamento estrutural, convocando a pensar na posição que a criança ocupa frente à língua, frente ao Outro e em relação à própria fala (De Lemos, 2002). Necessariamente, partindo de tal concepção, a aquisição de linguagem e a constituição subjetiva serão consideradas processos solidários.

A Clínica de Linguagem herda a noção de estrutura. Conforme aponta Marcolino-Galli (2013), a estrutura é de natureza atemporal. No que diz respeito à aquisição de linguagem, ficam excluídas as possibilidades de apreensão e aprendizagem da língua pelo sujeito e entende-se que as ocorrências singulares e idiossincráticas devem ser explicadas pelas leis internas ao sistema. Uma fala sintomática ou a ausência de fala não poderão ser atribuídas a fatores externos à estrutura, como o tempo cronológico, ou, até mesmo, uma suposta patologia. Buscarei elucidar isso na apresentação do percurso de atendimento de Joana.

O caso Joana

A primeira sessão com Joana consistiu em tentativas de chamá-la e engajá-la em alguma brincadeira comigo, o que não ocorreu. A maneira que Joana se relacionava com aquilo que estava em seu entorno chamava atenção: não se mostrou afetada pela saída da cuidadora, bem como pela minha presença. As atividades com as quais ela se envolveu por mais tempo eram justamente aquelas em que eu não era incluída: girar de maneira incessante a rodinha de um brinquedo ou, ainda, arrastar a mesinha da sala para frente e para trás.

Assim, levando em consideração a fugacidade do olhar, a maneira com a qual Joana se relacionava com o outro, a ausência da fala, o fato de que não parecia estar sob efeito da fala do outro, deu-se início ao atendimento, que buscava, a partir de um investimento clínico, refletir sobre

o modo de presença de Joana na linguagem. A questão da mudança, a partir dos efeitos da entrada na clínica, é fundamental para pensar no diagnóstico, especialmente se lembrarmos que o sintoma diz da impossibilidade da criança de "passar a outra coisa" (Lier-DeVitto, 2006).

O atendimento prosseguiu e a direção do meu trabalho era tentar capturar a atenção de Joana pela via da fala. Passei a cantar nos momentos em que ela, por exemplo, girava a roda de um brinquedo. Nesses momentos, ela parava de girar e me olhava. Em um de nossos atendimentos, eu cheguei a girar essa rodinha, cantando de maneira ritmada. Minha ideia era introduzir uma diferença na brincadeira, para dar flexibilidade a um brincar cristalizado. Quando terminei, Joana pegou minha mão e a colocou sobre a rodinha novamente.

Cantar parece ter feito diferença. A voz para a Psicanálise, assim como o olhar, é considerada constitutiva da subjetividade. Porém, ela não é entendida pelo viés de sua materialidade sonora, conforme afirmam Catão e Vivès (2011), mas enquanto um objeto pulsional. Segundo os autores, a voz tem função primordial, é organizadora do circuito pulsional. Antes de falar, o ser suposto falante começa por escutar. Nas brincadeiras com música, observava uma diferença sutil em Joana, que passou a finalmente se engajar em alguma brincadeira comigo, ainda que por pouco tempo. Isso permitia vislumbrar a possibilidade de ser afetada pela minha presença.

Procurarei apresentar, em sequência, a mudança de Joana após algum tempo de atendimento no que diz respeito a sua posição frente ao Outro e frente à linguagem.

Episódio 1: Joana entra na sala, vai até a cadeirinha e se senta. Olha para mim. Começo a bater na mesa e cantarolar. Ela entra nessa brincadeira. Para cada som, fazíamos uma "batida" na mesa.

T: pan pa rã rã rã / pã pã.

J: pã pã pã ... pã pã.

T: pã pã.

J: pã po pá.

T: po po pá.

J: pã pã pã pã pã.

T: po po pá.

J: po po po po po.

A brincadeira de bater na mesa enquanto fazemos os sons constitui um momento em que a sonoridade é marcada no corpo. Ainda que sua "fala" espelhe a minha, é possível entreouvir a presença de Joana no espelho: há um jogo sonoro, em que há repetição com diferença. Ela se afeta pela minha fala e as batidas que faço na mesa: entra na brincadeira comigo e a sustenta, algo que não acontecia em nossos atendimentos iniciais. Considerei esse episódio uma importante mudança de posição: estava presente a fala, o corpo organizado de outra maneira, uma brincadeira com o outro (ela dirigia o olhar para mim enquanto batia na mesa).

Na leitura posterior desse material, noto que pude propor tal brincadeira a partir das mudanças que posso localizar no modo de presença de Joana nas sessões. Ofereci algo a Joana que ela podia sustentar: não me pautava nem por uma hipótese diagnóstica de TEA, nem por um padrão de desenvolvimento para nortear a terapia. Ressalto ainda que essa diferença entre falas e o "brincar junto", ainda que nesse pequeno fragmento, faz questionar tal possibilidade diagnóstica para Joana. Procedi a uma aposta mais alta, como veremos no próximo segmento.

Episódio 2: Brincávamos com uma boneca e falei:

T: ela tem um bumbum.

J: bubu.

T: bumbum.

J: bubu.

T: (Cantarolando) bum bum bum bum.

J: bu bu bu bummmm... bubububu... bububu.

T: (Cantarolando) bum bum de co-cô.

J: (Cantarolando) bubububucucococococo.

T: cocô.

J: cocô.

T: cocô que fedor.

J: que-eu.

T: que caca.

J: cocô... cocô.

T: cocô, ela fez cocô?

J: ei.

T: iiih, vamo limpá?

J: pá.

T: vamo limpá, ó (tiro um lenço do porta-papel e finjo limpar). Limpar o cocô.

J: cocô.

T: desse bumbum... Cocô do bum bum.

J: (ela faz o gesto de limpar a boneca comigo).

[A brincadeira seguiu adiante. Joana passou a 'limpar' a boneca com o lenço de papel].

J: (passa o papel na cabeça da boneca).

T: limpou a cabeça!

J: (passa o papel na boca da boneca).

T: limpa a boquinha...

J: (leva o papel à própria boca).

T: ah, você vai limpar a sua boca?

Do jogo sonoro inicial se desdobrou uma brincadeira simbólica. Note-se que a fala de Joana se mostra incipiente e alienada à minha, com fragmentos que advêm da minha fala. A brincadeira é sustentada por mim à medida que vou introduzindo novos elementos, como "bum-bum"/"cocô", e colocando em cena uma brincadeira de "cuidar da boneca", que eu e Joana "limpamos". A brincadeira já não permanece exclusivamente no jogo sonoro, os sons são introduzidos na cadeia da língua. Os significantes se articulam e ganham "sentido".

O que não deixa de surpreender é que minha fala, no segundo momento da brincadeira, faz com que Joana, metonimicamente, passe a limpar outras partes da boneca que não o "bumbum". Leio seus gestos, inserindo-os na cadeia, cobrindo-os com sentido, como "limpou a cabeça". No entanto, quando falo "limpa a boquinha", Joana desliza para "outra cena" e limpa a própria boca. Como se vê, minha fala trouxe à tona uma

outra cena, provavelmente aquela em que a criança é convocada pelos adultos a se limpar, como por exemplo, em situação de alimentação. Ela "entra" com seu corpo, descolando-se da cena em que estávamos. Joana é afetada e se movimenta por escuta para minha fala – marcando uma enorme distância de sua indiferença inicial.

Pude, ainda, acompanhar outras mudanças de Joana: mudanças na fala – que se tornou menos dependente da minha –, mudanças nas brincadeiras, a entrada na escola e o surgimento da sua escrita.

Meu empenho caminhou no sentido de introduzir a discussão sobre a posição do profissional frente a crianças com impasses importantes na primeira infância, a partir do caso de Joana. Procurei situar uma clínica em que a linguagem comparece e ocupa espaço privilegiado. Assim, não se trata de uma clínica que opera com um diagnóstico que se pratica na medicina, nosográfico e classificatório. Também não se trata de uma clínica que opera com uma noção de desenvolvimento da criança ou com a ideia de que há um processo patológico à vista, que precisa ser "barrado".

Penso que isso se deve à contribuição da noção de estrutura que opera na Clínica de Linguagem. É fato que os sinais que Joana apresentava inicialmente chamaram minha atenção, no entanto, eles me convocaram a pensar na posição que um sujeito ocupa em relação à língua e ao Outro. Operar a partir de sinais da categoria diagnóstica de autismo, ou, ainda, partir da ideia de padrões preestabelecidos do desenvolvimento poderiam ter dado outro rumo à história de Joana.

Embora tenha situado uma diferença entre a Clínica de Linguagem e outras abordagens, é importante destacar que tais diferenças não indicam que a criança que chega deixe de ser acolhida e que não seja realizado um diagnóstico de linguagem. O caso de Joana elucida isso: foi feito um diagnóstico, a partir do qual foi possível delinear um atendimento. Conforme aponta Arantes (2001), a Clínica de Linguagem situa o clínico numa posição em que ele pode produzir um dizer sobre a linguagem e a fala de seu paciente, em outras palavras, sobre a sua condição. Num atendimento marcado por momentos de abertura e fechamento de Joana, fica evidente a impossibilidade de apreendê-la sob um rótulo, um dizer cristalizado. A Clínica de Linguagem tem arcabouço compatível com a possibilidade de um futuro "aberto" para essas crianças.

Referências

ANDRADE, L. Procedimento de avaliação de linguagem na clínica fonoaudiológica: entre o singular e o universal. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 349-359.

ARANTES, L. *Diagnóstico e Clínica de Linguagem*. 2001. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

BELTRAMI, L.; MORAES, A. B; SOUZA, A. P. Constituição da experiência da maternidade e risco ao desenvolvimento infantil. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 1828-1836, 2014.

CATÃO, I.; VIVÈS, J. M. Sobre a escolha do sujeito autista: voz e autismo. *Estudos Psicanalíticos*, Belo Horizonte, n. 36, p. 83-92, 2011.

DE LEMOS, C. T. G. Das viscissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, n. 42, p. 41-69, 2002.

DE LEMOS, C. T. G. Los processos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, Barcelona, v. 1, n. 1, p. 121-135, 1992.

DE LEMOS, C. T. G. Sobre a aquisição da linguagem e seu dilema (pecado) original. *Boletim da Abralin*, Recife, v. 3, p. 97-126, 1982.

FARAH, L. S. D.; PERISSINOTO, J.; CHIARI B. M. Estudo longitudinal da atenção compartilhada em crianças autistas não-verbais. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 587-597, 2009.

FLORES, M. R.; SMEHA, L. N. Bebês com risco de autismo: o não-olhar do médico. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 141-157, 2013.

GARCIA, M. L.; LAMPRÉIA, C. Limites e possibilidades da identificação de risco de autismo no primeiro ano de vida. *Psicologia*: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 300-308, 2011.

JERUSALINSKY, J. *Enquanto o futuro não vem*: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Salvador: Ágalma, 2002.

LAMPRÉIA, C. Perspectivas da pesquisa prospectiva com bebês irmãos de autistas. *Psicologia*: Ciência e Profissão, Brasília, DF, v. 29, n. 1, p. 160-175, 2009.

LIER-DEVITTO, M. F.; CARVALHO, G. M. O Interacionismo: uma teorização sobre aquisição de linguagem. *In*: QUADROS, R. M.; FINGER, I. (org.). *Teorias de Aquisição de Linguagem*. Florianópolis: Ed. UFSC, 2008. p. 101-126.

LIER-DEVITTO, M. F. Déficit na linguagem, efeito na escuta do outro, ou ainda...?. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 245-251, 2001.

LIER-DEVITTO, M. F. Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 47, n. 1/2, p. 143-150, 2005.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da linguagem: sobre as "vicissitudes de falas sintomáticas". *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 183-200.

MARCOLINO-GALLI, J. F. *A relação memória-linguagem nas demências*: abrindo a caixa de pandora. 2013. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

OLIVEIRA, L. D.; SOUZA, A. P. R. O distúrbio de linguagem em dois sujeitos com risco para o desenvolvimento em uma perspectiva enunciativa do funcionamento de linguagem. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 16, n. 5, p. 1700-1712, 2014.

PRISCO, A. C. *Sobre a complexidade envolvida no diagnóstico precoce de autismo*: uma questão de linguagem. 2019. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019.

VISANI, P.; RABELLO, S. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 293-308, 2012.

ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. *Psicologia*: Teoria e Pesquisa, Brasília, DF, v. 30, n. 1, p. 25-36, 2014.

ZAQUEU, L. C. C. *et al*. Associações entre sinais precoces de autismo, atenção compartilhada e atrasos no desenvolvimento infantil. *Psicologia*: Teoria e Pesquisa, Brasília, DF, v. 31, n. 3, p. 293-302, 2015.

10

Sobre a interpretação na Clínica de Linguagem com crianças

Brenda Sousa

Introdução

Desde a sua fundação, a Clínica de Linguagem se constituiu como um espaço que não se esquiva de falar sobre a posição do outro e sua interpretação sobre a fala/corpo da criança, ou seja, de como ele "escuta" essa fala e esse corpo (Andrade, 2003, 2006; Arantes, 2001, 2006; Catrini, 2019; Lier-DeVitto; Arantes, 1998). Nesse campo teórico-clínico, até o presente momento, alguns trabalhos tocaram a questão da interpretação (Araújo, 2002; Pollonio, 2011; Spina-De-Carvalho, 2003). Porém, darei destaque, aqui, ao trabalho de Andrade (2003), que, apesar de não ter como foco principal a interpretação, permitiu avançar no que diz respeito à relação desta com a escuta. Essa autora aborda a noção de escuta associada ao funcionamento da língua na aproximação à fala da criança e demarca diferença com relação à prática fonoaudiológica tradicional, na qual

a linguagem é "[...] um objeto a conhecer, que pode ser naturalmente apreendido por um indivíduo devidamente dotado de capacidades perceptuais e cognitivas" (Andrade, 2006, p. 201).

Receberá destaque, também, a aproximação de Andrade (2003) a Freud sobre a subversão do arco-reflexo e sobre a suspensão da temporalidade linear na relação percepção-linguagem, pois a partir desse movimento podemos aproximar-nos de uma ponderação sobre a temporalidade implicada na interpretação do clínico de linguagem para falas sintomáticas. A partir da análise cuidadosa de dados transcritos de sessões por esta pesquisadora, retomei a leitura de textos freudianos que permitiram dar um passo a mais para pensar a natureza da interpretação na Clínica de Linguagem com crianças – como veremos a seguir.

A relação entre escuta e interpretação

A diferenciação feita por Andrade (2003) entre "ouvir" e "escutar" envolve a distinção entre a fonoaudiologia tradicional – que considera o "ouvir" como tendência predominante – e a Clínica de Linguagem, que considera o "escutar". Propostas tradicionais entendem a criança como dotada da capacidade de apreensão da fala do adulto para internalização das propriedades e sons da língua, e "a fala [...] se reduz a uma sucessão de elementos discretos e discerníveis que estimulam um aparato perceptual já preparado para exercer as funções de captação e processamento" (Andrade, 2006, p. 201). Não há, aí, espaço para pensar a interpretação, pois a linguagem é objeto transparente dado à apreensão. Já a Clínica de Linguagem, ao trazer à tona a noção de "escuta", resgata as reflexões do Interacionismo de De Lemos (1992, 2002) e nos leva a pensar que "não há percepção pronta" (Andrade, 2005, p. 171), mas sim um sujeito que é efeito da linguagem, capturado por ela, e que se desloca na relação triádica língua-criança-outro. Nesse espaço, por sua vez, a interpretação ganha lugar de destaque.

Para abordar a complexidade desse tema, Andrade (2003, p. 87) foi à discussão de Freud sobre o arco-reflexo, funcionamento fisiológico que "[...] pressupõe uma direção que vai da extremidade perceptual à extremidade motora – o ser vivo recebe uma excitação e produz uma resposta que serve à adaptação", e colocou essa noção condizente com

tendências que apostam na percepção – no "ouvir". Em uma perspectiva que assuma o "escutar", o que importa, ao contrário, é a subversão deste, a partir da qual, ao afastar-se da relação estímulo-resposta, Andrade (2003, p. 87) aponta que "*não é tudo* que está disponível para os órgãos dos sentidos que dará entrada no sistema perceptual do aparelho psíquico". Essa pontuação coloca o sujeito – inconsciente – em questão, pois ao dizer que não é tudo que entra, está em cena o que há de único na vivência de cada um, e mais: "não somente *não é tudo* que dá entrada no aparelho psíquico, como também não é *qualquer coisa*" (Andrade, 2003, p. 88), de modo que os "estímulos" disponíveis nunca têm o mesmo efeito sobre cada sujeito.

Como diz Andrade (2003), o material que a criança recebe da fala do outro – equivalente à "excitação externa", no esquema do arco-reflexo – passa por um filtro para entrar no sistema perceptual, e da "colisão" entre externo e interno restam traços do que foi a excitação original. Estes são os chamados "traços mnêmicos", "*resíduos* de vivências e, portanto, dizem respeito à forma singular com que eventos subsistem no aparelho psíquico" (Andrade, 2003, p. 89, grifo nosso). Esses traços "[...] *associam-se*, em nossa memória, em função de vários tipos de coincidência" (Andrade, 2003, p. 91, grifo nosso), podendo cada um estabelecer múltiplas relações com outros. Nessas citações, destaquei palavras que jogam luz sobre a noção de que são restos de vivências que permanecem no aparelho psíquico de cada sujeito de modo único, e que estabelecem relações entre eles.

Chama atenção, também, a leitura de Andrade (2003) do trabalho freudiano sobre a suspensão da temporalidade linear na relação percepção-linguagem. A progressividade existente nessa relação fica abalada, pois, no sistema em que os traços mnêmicos se associam, "há movimento de 'regressão'"[1] (Andrade, 2003, p. 93). Não se trata do "movimento unicamente progressivo percepção-linguagem, mas o inverso: linguagem-percepção" (Andrade, 2003, p. 95), ou seja, é a linguagem que guia a percepção e não o oposto. Diante de tudo isso, para lidar com a interpretação e com a diferença entre "ouvir" e "escutar" na clínica, recorro aos dados analisados e discutidos por Andrade (2003). Sua interpretação de

1 Recomendo a leitura do trabalho completo de Andrade (2003) para aprofundamento nesta discussão.

segmentos clínicos com crianças aponta diferenças de ações clínicas entre essas perspectivas. Vejamos o primeiro segmento analisado:

> **Segmento 1** – Sessão de avaliação de linguagem. Fonoaudióloga (F) e criança (C) retirando objetos de cozinha de uma caixa. C e F retiram, no momento em que ocorre o diálogo a seguir, panelinhas da caixa.
>
> F: Nossa, quanta panela... *cadê a tampa?* [...]
>
> (2) C: é eichi / meu eichi [pegando uma jarra]
>
> (3) F: É leite?
>
> (4) C: é
>
> (5) F: Hum... *tem leite nessa jarra*... cê vai tomar? [...]
>
> (6) C: a cã
>
> a pã
>
> a pãrra [procurando algo na caixa]
>
> (7) F: A jarra?
>
> (8) C: Hum? pãrra
>
> (9) F: A jarra...
>
> (10) C: a rãrra
>
> [...]
>
> a cãpa
>
> (11) F: Ah, a tampa... da jarra! (Andrade, 2003, p. 111).

Ao considerar o "ouvir", "os 'erros' da criança seriam interpretados como tentativas de um sujeito com recursos cognitivos no que diz respeito à meta a atingir, mas sem recursos linguísticos para isso" (Andrade, 2003, p. 103). Nessa leitura, a criança poderia controlar o que diz para chegar ao "modelo", mas acaba produzindo algo estranho. A análise desse acontecimento submeteria a fala da criança "[...] a uma tipologização de acordo com as características dos 'fonemas alvo' e dos fonemas produzidos de acordo com características como sonoridade, ponto e modo de articulação" (Andrade, 2003, p. 103). O tratamento, então, buscaria corrigi-las a partir do uso de "[...] técnicas de treinamento auditivo formal ou estabelecimento de saliência perceptual nos aspectos

a serem corrigidos em situações lúdicas/conversacionais [...]" (Andrade, 2003, p. 104).

Diferentemente, ao considerar a noção de escuta, a interpretação se afasta da pura produção sonora e das suas implicações fisiológicas. Como se nota na análise sobre a linha (6): "fragmentos sonoros da fala da terapeuta, presentes em 'tampa' e 'jarra', retornam na fala da criança em 'a pã' e 'a pãrra'" (Andrade, 2003, p. 104). No entanto, esses fragmentos não aparecem na mesma sequência linear produzida pela terapeuta, e sim com "'rã' iniciando a sequência e a nasalidade aparecendo deslocada" (Andrade, 2003, p. 104). Isso por si já faz suspeitar que a "repetição" feita pela criança seja guiada por percepção, uma vez que essa combinação não apareceu na fala da terapeuta anteriormente. A interpretação, aí, considera a fala da criança em relação com a língua e com a fala da terapeuta. Fragmentos são incorporados de ambos os lados, e esse movimento produz algo novo na fala da criança, que, ainda que estranho, não é aleatório.

Com esse recorte de uma das análises de Andrade (2003), se nota que há, por parte da terapeuta, escuta para a insistência da criança e para os movimentos da língua nos rearranjos em sua fala, que remete a todo o diálogo presentificado e ao que se faz latente nele, e permite que, ao final, seja possível reorganizar a dispersão e na fala da criança em "a tampa... da jarra". Destaco que essa interpretação se constituiu como um jogo escuta-escuta: criança e terapeuta mudam suas falas em função uma da outra. Acompanhemos Andrade (2003) na análise de mais um fragmento de sessão:

> **Segmento 2** – Sessão de terapia fonoaudiológica. Atividade lúdica com bonecos. Terapeuta manipula um boneco e produz as falas do personagem, no que é seguida pela criança, que manipula outro boneco.
>
> F.: Você é o *pai do João*? [dirigindo-se a um boneco]
>
> C: Você é o *pé do João*?
>
> [criança acena negativamente]
>
> [...]
>
> (3) C: Você é o ... pai do feijão?
>
> (4) F: Será que essa é a casa do João,
>
> do 'João e o pé de feijão?' (Andrade, 2003, p. 115).

Enquanto esse tipo de acontecimento seria tradicionalmente interpretado como alteração do processamento auditivo central, a autora joga luz sobre as relações significantes existentes na fala da criança entre "pai", "pé", "feijão" e "João". A proximidade entre materialidades sonoras na alternância entre as quatro palavras não é de natureza fisiológica, mas uma "chama" a outra no funcionamento da língua, nas relações entre os eixos metafóricos e metonímicos, além de haver pontos de contato com a história "João e o pé de feijão", "[...] que, ao mesmo tempo em que lê essa sonoridade, é embaralhada por ela" (Andrade, 2003, p. 108). Não é só a semelhança entre sons que faz a substituição, mas há movimentos da língua fazendo referência a um texto outro que circula na fala da criança e a embaralha. Dessa forma, "o que os segmentos acima deixam ver é uma percepção guiada, movimentada pela relação sujeito-língua-fala" (Andrade, 2003, p. 108).

Pode-se recolher que a aproximação às falas de crianças numa perspectiva que considera o funcionamento da língua abre a escuta para os movimentos que se apresentam nela. A interpretação feita sobre os embaraços que se apresentam de diferentes maneiras também se deve a esse funcionamento, ainda que as produções sejam muitas vezes insólitas e barrem a interpretação de um falante qualquer. Na Clínica de Linguagem, a escuta e a interpretação do terapeuta devem ser afetadas por esse raciocínio, visto que essas composições "[...] dizem de uma posição da criança e de sua relação ao outro e à língua" (Andrade, 2003, p. 114).

No seu trabalho, portanto, Andrade (2003) circunscreve a interpretação na Clínica de Linguagem enquanto efeito de escuta, e afirma: "a implicação da escuta do paciente em sua fala sintomática [...] é passo inicial para *circunscrição de uma noção de interpretação particular à Clínica de Linguagem*" (Andrade, 2005, p. 173, grifo nosso).

Interpretação como "ato" na Clínica de Linguagem

As considerações tecidas na seção anterior nos levam a um ponto de extrema importância: a interpretação clínica é ato que incide sobre um sintoma, é motor, ação principal responsável por promover as mudanças esperadas na clínica (Spina-De-Carvalho, 2003). Para que isso ocorra,

são necessários os efeitos que se dão entre as falas da criança e do clínico no jogo significante que se estabelece em um diálogo (Spina-De-Carvalho, 2003).

Sigo falando em "jogo significante". Para dar seguimento a isso, retiro outra contribuição de Andrade (2003), que diz respeito à intemporalidade do significante e a assunção decisiva desta para a escuta clínica da fala sintomática e, acrescento, para a sua interpretação. Sobre isso, entendo ser pertinente acompanhar a discussão de Andrade (2003) a partir dos segmentos clínicos a seguir:

> **Episódio 1 (18/04):** Terapeuta (T) e Paciente (P) brincando de montar casas para animais.
>
> ~
>
> T: E a vaca vai conse*gui* subi até essa mesa?
>
> P: Vá cunsi*gui*.
>
> T: Vai? Ah, então ta.
>
> P: Sei lá se ela vai cunsi*gui*.
>
> T: Ah, ce num sabe? Talvez tenha que pe*gá* uma
>
> *esca*da pra ela che*gá* lá em cima, hein?
>
> P: O que a *escárgui* // Ela tem qui //
>
> tem que subi lá no sôite //
>
> já penso si ela cai?
>
> T: Já penso?! (Andrade, 2003, p. 118).

> **Episódios 2 (06/04):** T e P fazendo comida para os bichos.
>
> ~
>
> T: Todo mundo vai comê peixe?
>
> P: Vai cumê.
>
> T: Ninguém come *carne de vaca*, não?
>
> P: Come. I *us sanchugan* (SI) / / / Já cumeu, ó.
>
> T: Já comeu?
>
> P: Ele vai dumi aqui, ó / / / Acentô / / / / (Andrade, 2003, p. 118).

Episódio 3 (18/04): T e P fazendo comida para os bichos.

T: Eu num achei, eu já olhei ai / / Ó.
isso daí é band-aid para colocar no machucado
quando cair, oh. Então se algum deles cair a gente
põe band-aid pra não deixar o sangue sair.
P: Ó. Ache um tampa da / da /
sabe di qui é essa tampa aí? Da banana da vaca.
T: Hum. Qui qui a vaca ta fazendo lá
no cantinho, hein?
P: Ela tá fazendo/ ela tá fazendo suco.
Ela tá fazendo é san / é um gual carne.
T: Carne.
P: É surrasco. (Andrade, 2003, p.118).

Episódio 4 (25/04): T e P brincando com bonecos e carrinhos.

T: Ih, num vai nenhum *médico* socorrê
o bonequinho que caiu?
P: Ele caçando ondi qui ta.
T: É u ônibus qui chegou, esse?
P: É. Esse daqui é u vale véio.
T: É o que?
P: Esse daqui é *uspitacom* (SI).
T: *Os pi / o que*?
P: Esse daqui num passa ai nu cê. Passa não.
T: É o *hospitáculo*?
P: *Hospital*. Esse daqui, esse daqui vem,
vai lá pu *ospital da inguê* / /
Vai lá pu *ospital da ga / da gueja*...
T: *Da igreja?* / / /
P: Tem que sair todo mundo daqui, né?

Puique qui num podi fica na frenti.

T: Pra num sê atropelado (Andrade, 2003, p. 119).

Episódio 5 (13/06): T e P brincando com bonecos.
T: Mas ta todo mundo no mesmo lugar! E... mas

uma num tá no banheiro, a outra num tá na feira

e a outra num tá no cabelereiro?

P: ela tá nu, nu (SI) (pada), tá nu cabelerero.

T: Então, num tem que tá em lugares diferentes?

P: Ela tá, ela ta lá na *igueja* dela.

T: Ela foi fazê o cabelo na igreja?

P: Não, fó / foi *cunguegá*.

T: Ah, foi *com / comungar?* (Andrade, 2003, p. 120).

Episódio 6 (18/04): T e P desenhando.

P: [desenha uma igreja] Você qué *cunguegá*?

T: Qué o que?

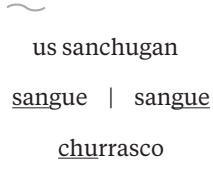
P: *Cunguegá* na igreja católica?

T: *Congregá*?

P: É. Tá vendo / Ela qui tem um sino, num é? (Andrade, 2003, p. 120).

A autora chama atenção para as produções enigmáticas da criança em "escárgui" e "us sanchugan", por exemplo, e levanta a questão: "como interpretá-los?". Ela pôde reconhecer em "escárgui" a origem na fala do outro em "escada" e "conseguí", porém ressalta que "[...] esse reconhecimento não retira o efeito de estranhamento dessa composição" (Andrade, 2003, p. 111). Sobre "us sanchugan", não foi possível identificar sua origem, o que a manteve como um enigma. Noto que, nos episódios em que esses fragmentos surgiram, houve tentativa da terapeuta de enfrentar o enigma, porém a criança dá outro seguimento ao diálogo, que é acompanhado por ela. Essas composições estranhas foram, então, momentaneamente suspensas. Porém, no retorno aos dados, buscou-se

lidar com os fragmentos indefinidos – eles insistiram em sua escuta e foi somente *a posteriori* que ela pode se aproximar de uma resolução. Porém, não basta dizer isso. É preciso notar o movimento feito no reencontro com essas falas. Andrade (2003, p. 109) circula entre segmentos de atendimentos em um período de seis meses, e a organização destes "[...] leva em conta a recorrência de certos acontecimentos na fala do paciente e não sua sequência cronológica [...]". Sobre essa análise, disse Lier-DeVitto (2013): "o enigmático enunciado *us sanchugan* fica sem interpretação na sessão em que ocorre dia 6/04. Na sessão de 18/04, alguns desdobramentos significantes jogaram luz sobre essa *condensação de unidades* do português" (Lier-DeVitto, 2013, p. 125). Ou seja, com os diálogos do dia 18/04, foi possível chegar mais perto do que estava condensado em "us sanchugan", que se relaciona com palavras produzidas pela terapeuta e pela criança, as quais, como indica Andrade (2003), permitiram a seguinte inferência:



O caminho percorrido para a possível resolução desse enigma e de outros "parece mostrar um movimento de *montagem-desmontagem*" (Andrade, 2003, p. 111). Além disso, nota-se que esse movimento não foi da ordem do momento, o que retira a interpretação da posição de atribuição de sentido ou compreensão de uma fala.

Intemporalidade e retroação: reaproximação a Freud

As análises de Andrade (2003) aqui apresentadas ressoaram em mim a leitura que fiz do texto "Construções em análise" (Freud, 1996), o qual aborda a interpretação como ato clínico e permite pensar sobre o tempo. Nesse texto, Freud (1996, p. 370) retoma a questão da interpretação, articulando-a à ideia de "construção":

> Se nas apresentações do trabalho analítico se ouve falar tão pouco em 'construções', isso se deve ao fato de que, em vez disso, fala-se em 'interpretações' [Deutungen] e seus efeitos. Mas penso ser 'construção' o termo infinitamente mais adequado. Interpretação se refere àquilo que fazemos com um único elemento do material, a exemplo de uma ocorrência [Einfall], um ato falho ou assemelhados. Mas falamos em construção quando apresentamos ao analisando um pedaço de sua história pregressa esquecida [...].

Não pretendo discutir o impacto da noção de "construção" sobre a ideia de "interpretação". Ela nos servirá, aqui, para conduzir uma discussão sobre a qualidade do ato interpretativo na Clínica de Linguagem. O que mais me interessa do texto freudiano citado é o paralelo entre o trabalho do analista e o do arqueólogo:

> Mas assim como o arqueólogo constrói as paredes de um prédio a partir dos resquícios de parede ainda existentes, determina a quantidade e a posição de colunas a partir de depressões no solo, reconstitui os antigos ornamentos e pinturas de parede a partir de *restos* encontrados nos escombros, o analista procede da mesma forma quando tira as suas conclusões a partir de fragmentos de lembranças, associações e declarações ativas do analisando. Ambos permanecem tendo o direito indiscutível de reconstrução através de complementação *e junção dos restos conservados* (Freud, 1996, p. 367, grifo nosso).

Freud (1996, p. 369, grifo nosso) afirma que "*todo o essencial ficou preservado*, mesmo aquilo que *parece totalmente esquecido ainda está presente* de alguma forma em algum lugar, estando apenas *soterrado*, tornado inacessível ao indivíduo". Faço esses destaques, pois me parece que nos oferecem algo para pensar a possível resolução do enigma "us sanchugan". A reflexão de Freud parece fazer sentido quando pensamos que esse fragmento enigmático da fala da criança aparentava estar perdido no meio dos diálogos e poderia ter sido abandonado. No entanto, a terapeuta buscou o que poderia estar presente como restos de falas, esses que parecem totalmente esquecidos, mas estão "soterrados" numa condensação sonora cuja descristalização é tributária do recolhimento de segmentos que transitaram entre terapeuta e criança.

Talvez se possa pensar em uma relação – não aplicação! – entre o dito por Freud e o que se faz na Clínica de Linguagem, em que há resgate de restos de significantes conservados, recolhidos numa interpretação para a possível resolução de um enigma. As palavras destacadas anteriormente servem para fazer pensar sobre a qualidade particular da interpretação na Clínica de Linguagem, espaço no qual ela é mobilizada, acima de tudo, pelas leis de funcionamento interno da linguagem que "trabalham embaixo" na determinação daquilo que se apresenta na superfície estranha que caracteriza a fala sintomática. Nesse sentido, foi possível notar que o segmento "us sanchugan" se compôs como uma aglutinação de restos de palavras, congelados, carregados de subjetividade – composição única, não repetível, singular, e, portanto, como um exemplo de enigma sobre o qual deve incidir o ato interpretativo do clínico de linguagem.

O trânsito entre decomposição e recomposição faz parte do diálogo clínico conduzido por Andrade (2003), e não foi ignorado por De Lemos (2009) em suas discussões, nem por Lier-Devitto (1998). Recorto, dos escritos de De Lemos (2009, p. 7, grifo nosso), aquele em que a autora aborda o trabalho de Freud sobre "interpretação", pontualmente "Construções em análise": "as operações de (re)construção [de] fragmentos incluem o reconhecimento de *inversões, transposições e transformações*, o que torna esses fragmentos do sonho, relativamente às posições que vêm a ocupar na construção, autênticas peças de um quebra-cabeça". Retiro, dessa citação, os termos "inversões", "transposições" e "transformações", porque remetem à intemporalidade do significante, a estas peças de quebra-cabeças que adquirem o estatuto de uma indeterminação e podem deslizar entre montagens e desmontagens. As construções remetem à possibilidade de fragmentos aglutinados de fala invocarem momentos da história clínica: "estranhos" de uma língua que reencontram um lugar na língua constituída. Gostaria de assinalar a tensão anunciada entre o movimento de fragmentação e reconstrução – "tensão" foi mesmo a pontuação feita por De Lemos. Para a autora, essa palavra é bem ajustada para caracterizar a relação entre escuta e interpretação na clínica psicanalítica e, guardadas as diferenças entre essa clínica e a de linguagem, sugiro que não é diferente o que acontece nessa última.

Para finalizar, por ora...

Todo este percurso me levou às seguintes pontuações: 1) "interpretação" afasta-se de "compreensão" e coloca o sintoma como formação enigmática; 2) ela é da esfera da teorização, chamada pelos acontecimentos clínicos, e não do nível fenomênico da observação, refiro-me aqui a uma escuta em que se imbricam *la parole* e *la langue*; 3) escuta e interpretação estão diretamente relacionadas ao jogo significante, porém não se confundem uma com a outra; 4) "interpretação" é ato clínico que incide sobre a relação da criança com a língua e com o outro na vivência clínica; e 5) ela ocorre na relação tensa entre decomposição e recomposição de fragmentos de falas da criança (Lier-DeVitto, 1998; De Lemos, 2006).

Gostaria de anunciar que as interrogações sobre a interpretação não se encerram neste trabalho. Ele abre outras questões e outros caminhos, entre eles aqueles que implicam quadros clínicos em que a interpretação não incide sobre a fala, mas sobre um "corpo que fala", que desenvolve "narrativas motoras" (Arantes, 2006) e, ainda, sobre crianças que resistem ao outro e à fala do outro.

Referências

ANDRADE, L. "Captação" ou "captura" – considerações sobre a relação do sujeito à fala. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 201-218.

ANDRADE, L. Considerações sobre a escuta na clínica de linguagem. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 47, n. 1/2, p. 167-174, 2005.

ANDRADE, L. *Ouvir e escutar na constituição da Clínica de Linguagem*. 2003. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

ARANTES, L. M. G. As múltiplas faces da especularidade. *Letras de hoje*, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 253-260, 2001.

ARANTES, L. M. G. Impasses na distinção entre produções sintomáticas desviantes e não desviantes. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 219-226.

ARAÚJO, S. M. M. *O fonoaudiólogo frente à fala sintomática de crianças*: uma posição terapêutica. 2002. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CATRINI, M. *Apraxia*: sobre a complexa relação entre corpo e linguagem. Salvador: Edufba, 2019.

DE LEMOS, C. T. G. Fragmentos de verdade e construção: uma questão de transmissão da clínica para Freud. *In*: LEITE, N. V. A; VORCARO, A. (org.). *Giros da transmissão em psicanálise*: instituição, clínica e arte. São Paulo: Mercado das Letras, 2009. p. 199-212.

DE LEMOS, C. T. G. Das viscissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, n. 42, p. 41-69, 2002.

DE LEMOS, C. T. G. Los processos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, Barcelona, v. 1, n. 1, p. 121-135, 1992.

DE LEMOS, C. T. G. Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição da Linguagem. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 21-32.

FREUD, S. Construções em análise. *In*: EDIÇÃO Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 23 (1937-1939). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 275-287.

LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 65-71, 1998.

LIER-DEVITTO, M. F. Efeitos do pensamento de Saussure na teorização sobre erros e sintomas na fala. *In*: FIORIM, J. L.; FLORES, V. N.; BARBISAN, L. B. (org.). *Saussure:* a invenção da Linguística. São Paulo: Contexto, 2013. p. 113-134.

LIER-DEVITTO, M. F. *Os monólogos da criança*: delírios da língua. São Paulo: EDUC: PUCSP, 1998.

POLLONIO, C. *Escuta e interpretação na Clínica de Linguagem*. 2011. Tese (Doutorado em Linguísticas Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

SPINA-DE-CARVALHO, D. C. *Clínica de Linguagem*: algumas considerações sobre interpretação. 2003. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

11

Clínica de Linguagem: o brincar como texto

Paola Lurian Silva

Introdução

A Clínica de Linguagem, especificamente aquela que se propõe ao tratamento de crianças, prevê um encontro que coloca em questão a reflexão do clínico frente a uma fala sintomática. Mas, também, nesse encontro se refletirá sobre a relação de uma criança com brinquedos e os discursos que ali circulam – se revela, assim, o seu brincar.

A temática do brincar é sempre mencionada como obviedade e com naturalidade, pois é algo previsto na relação da criança com o adulto. Um clínico de linguagem comprometido com uma teorização sobre a linguagem suspende tal obviedade e naturalidade supostas, pois nesse encontro coloca-se em questão a escuta de uma fala cristalizada em uma posição sintomática, que demanda um outro que não é qualquer, ou seja, demanda um outro capaz

de produzir mudanças na posição em que essa criança se encontra em relação à linguagem (Lier-DeVitto, 2000, 2006). Assim, o brincar ganha relevância teórico-clínica nas discussões da Clínica de Linguagem com crianças e foi eleito como tema da minha dissertação, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)[1].

Importa sublinhar que essa discussão sobre o brincar faz parte dos estudos que compõem o projeto da Clínica de Linguagem, instituído pela Prof.ª Dr.ª Maria Francisca Lier-DeVitto, em 1997, no Programa de Estudos Pós-Graduados em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL) da PUC-SP. Essa teoria tem produzido importantes reflexões acerca do fazer clínico de fonoaudiólogos em todo âmbito nacional[2]. No âmbito teórico, o solo se dá na aproximação com a Psicanálise para teorizar sobre o sujeito; com o Estruturalismo Europeu (Jakobson, 1976; Saussure, 2016), nas concepções sobre a linguagem; e na relação com o Interacionismo proposto por De Lemos (1992, 2002). Importa dizer que essa relação sustenta um diálogo teórico, uma relação de alteridade, que não pode perder de vista seu objeto – no caso da clínica, as falas sintomáticas.

A Clínica de Linguagem, guia teórico da reflexão deste trabalho sobre o brincar, assume um compromisso com a linguagem enquanto estrutura e, dessa forma, ela torna-se determinante na estruturação das relações. Parte-se da afirmação de que "o homem não nasce num vácuo linguístico" (De Lemos, 1986), em outras palavras, há a suposição de que não ocorre um período pré-linguístico para a criança (Lier-DeVitto, 1983). Assim, sustenta-se a ideia de captura do vivo pela linguagem, conforme proposta por Lacan, incorporada pela teorização do Interacionismo em Aquisição da Linguagem (De Lemos, 1992, 2002) e pela Clínica de Linguagem (Lier-DeVitto, 2006; Marcolino-Galli; Lier-DeVitto, 2020; Lier-DeVitto; Fonseca, 2012). Tomar uma direção como essa implica assumir que toda a realidade é circunscrita pela linguagem e que, portanto,

1 A dissertação aqui referida foi defendida no ano de 2021. As menções realizadas no decorrer deste capítulo são frutos dessa pesquisa.

2 Hoje há grupos de pesquisa filiados à Clínica de Linguagem na Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro), coordenado por Juliana Marcolino-Galli, no Paraná; na Universidade Federal da Bahia (UFBA) coordenado por Melissa Catrini e também possui impacto internacional na Universidad de Rosário, da Argentina.

o brincar não está fora de sua esfera, como propõe a Psicologia do Desenvolvimento.

Considero necessário afastar radicalmente as noções desenvolvimentistas da discussão sobre o brincar neste texto. Na Fonoaudiologia, nota-se que em muitos trabalhos a posição clínica do fonoaudiólogo é determinada como aquele que tem a função, pela via do brincar, de alcançar o simbolismo do ponto de vista cognitivo ou de ser o fio condutor da aquisição de um conhecimento gramatical (Vendruscolo, 2014; Klinger, 2010). Também se nota a marcante incorporação de ideias e noções advindas de teorias psicológicas sobre o desenvolvimento da criança (Piaget, 1976a, 1976b; Vygotsky, 1991). A noção de "desenvolvimento" é, portanto, central, mesmo que manejos clínicos possam ser diferenciados. As abordagens da Psicologia do Desenvolvimento sem dúvidas permeiam a maioria dos fazeres clínicos fonoaudiológicos voltados para a infância: não se abandona a ideia de etapas e fases como características de um processo cronológico.

O desprestígio da linguagem já anunciado nas práticas apoiadas nas teorias de cunho desenvolvimentista provoca, como nos diz Arantes (1994), um deslizamento para práticas (mascaradas) comportamentais. Afinal, mesmo quando a presença é de uma abordagem em que a interação social é o principal argumento da prática clínica, observa-se o recuo da linguagem.

A Clínica de Linguagem coloca a linguagem como central e constitutiva do sujeito, o que não permite concebê-la como acessória. Esse compromisso implica considerar as singularidades decorrentes da profunda articulação entre os movimentos do corpo da criança na direção dos objetos e dos discursos que os conduzem, que afetam a escuta do terapeuta em uma cena clínica. Ou seja, não há ação sobre objetos que não sejam linguísticos, uma vez que o corpo na Clínica de Linguagem é significado e significante. Desse modo, torna-se impossível admitir que o brincar seja uma ação que se realiza sem o concurso da linguagem. Dito de outro modo, não há como desvincular uma reflexão sobre o jogo enquanto atividade estruturada pela linguagem, e tal posição significa que os objetos são discursivamente enlaçados na situação clínica. Assim, é o discurso que estabelece relações entre os objetos dispostos para a criança e o outro, transformando-os em brinquedos. Nesse sentido,

considera-se que na relação clínica terapeuta-criança – objetos há um jogo da linguagem sobre a linguagem.

Neste trabalho, foram realizadas leituras de textos da Psicanálise, para recolher questões sobre o brincar, uma vez que as reflexões desse campo servem para produzir diálogos produtivos na Clínica de Linguagem com crianças.

Um passo na articulação com a Psicanálise

A relação entre a Fonoaudiologia e a Psicologia do Desenvolvimento é, sem dúvidas, problemática, tendo em vista o que dela resulta quanto à linguagem. Em outras palavras, tal relação atrela as manifestações linguísticas à cognição. Nesse espaço complexo, faz eco a discussão de Landi (2000) sobre o gesto insistente de aplicação da Fonoaudiologia, que é mantido no movimento entre disciplinas heterogêneas entre si.

Tomando outra direção, vemos que a Psicanálise permite dar um passo mais seguro nas reflexões sobre o brincar, uma vez que essa área possui grande literatura sobre a temática. A Psicanálise teoriza sobre o sujeito e sustenta a hipótese do inconsciente, e tal teorização serve à Clínica de Linguagem. A partir disso, pode-se trazer à cena a reflexão de "com quem se brinca" nos espaços clínicos, ainda que esta não seja a temática principal. Importa, ainda, preservar a distinção entre as clínicas – de linguagem e psicanalítica – a partir da não coincidência entre falante e sujeito (Lier-DeVitto; Fonseca, 2012).

É bem sabido que Freud, o pai da Psicanálise, e Lacan não foram analistas de crianças. Freud publica o caso do pequeno Hans, uma criança de cinco anos, com quem esteve em raríssimas ocasiões, apoiado fundamentalmente no que o pai do menino anotava e lhe dizia sobre o filho. No livro *História de uma neurose infantil*, Freud (1996c, p. 21) declara ser difícil ter "acesso à vida mental de uma criança", esclarecendo, assim, seu recuo como psicanalista de crianças.

Esse impasse está localizado na impossibilidade da "associação livre"[3], que é o alicerce do método analítico. Sobre esse ponto, Flesler (2012, p. 12) nos diz que "Freud nunca disse que era o pai da psicanálise de crianças. Ao contrário, declarou com grande satisfação que deixava a criança para sua filha". Isso significa que as técnicas e manejos com a criança na Psicanálise são frutos das reflexões e discussões de outros autores do campo. Apesar disso, é preciso admitir que Freud é quem estabelece os alicerces da Psicanálise, e inaugura com isso a possibilidade de uma clínica psicanalítica com crianças.

Embora Anna Freud tenha recebido como herança paterna o destino de refletir sobre a criança e inaugurar a Psicanálise com crianças, Melanie Klein é a psicanalista reconhecida como fundadora da teorização da criança desta clínica – o kleinismo é tido como uma escola que tem reflexões originais e direções clínicas reconhecidas.

Para Klein (1981), a infância não é um "paraíso", sem conflito. O sentimento de culpa – pelo que não se fez – é central e participa do brincar das crianças. Na busca de uma lógica que comanda os sintomas, Klein toca em complexos inconscientes constitutivos do psiquismo da criança. Importa dizer, com Klein, que suas considerações só puderam ser tecidas na situação analítica estruturada em torno do brincar:

> [as] características especiais da psicologia infantil forneceram-me as bases da técnica lúdica que elaborei. A criança expressa suas fantasias, desejos e experiências de uma forma simbólica, através de jogos e brinquedos (Klein, 1981, p. 30).

Como se vê, nessa citação, Klein articula a reflexão de que os jogos da criança são um espaço de realização de fantasias. O brincar então é envolvido na esfera do simbólico. Nesse passo, o brincar demanda interpretação porque o texto que nele se desenha é cifrado, nada transparente: há inconsciente. Segundo Klein (1981), sua experiência clínica

3 A associação livre é regra fundamental do método analítico. Segundo Roudinesco (1998), nessa situação o paciente deve fazer um esforço para falar tudo que lhe vem à cabeça e, principalmente, aquilo que o paciente buscaria omitir. Com esse método, então, poderia se atingir com muito mais facilidade os elementos que estavam em condições de liberar os afetos, as lembranças e as representações.

com crianças mostrou que estas respondem bem à análise, porque existe comunicação mais fluida entre consciente e inconsciente. O brincar constitui o espaço em que "a criança age ao invés de falar" (Klein, 1981, p. 32), e cabe ao analista emprestar a criança, diz Freud (1996c), "pensamentos e palavras" – como afirma Klein, citando o autor. Dito de outro modo, para a psicanalista, emprestar pensamentos e palavras soluciona conflitos, sentimentos de culpa e suspende a angústia. Diminuindo a angústia, a imaginação fica mais livre e o analista terá mais chances de acesso ao inconsciente.

Nessa breve apresentação de Melanie Klein, ressalto a importância da implicação de uma teoria sobre a criança e sobre o brincar. Sobre esses pilares, nasce a Psicanálise de crianças, que situa o brincar como espaço de fantasia, ou seja, o brincar é produto e lugar da realidade psíquica da criança. Pode-se entender por que Klein tem valor histórico e presença indelével na clínica psicanalítica com crianças. Ela introduz a "técnica lúdica" como veículo de "acesso" às expressões do inconsciente. A relevância dessa declaração reside no afastamento que a autora realiza da mera descrição fenomênica do brincar da criança que, volto a sublinhar, só pode ser trabalhado por uma teorização – o brincar adquire, pelas mãos de Klein, valor clínico. Essa é uma lição que se pode retirar do texto kleiniano.

Winnicott (1975) também é um autor central nas discussões do brincar na Psicanálise. Ele formulou importantes considerações acerca do tema e da relação da criança com a realidade. A noção de "objeto transicional" é considerada uma contribuição relevante no campo da Psicanálise com crianças – ela foi, de fato, bastante produtiva[4]. Entretanto, não foi essa noção aquela incorporada no campo da Fonoaudiologia, campo afetado pelo trabalho de Winnicott: o que reverbera do seu trabalho no campo fonoaudiológico é uma leitura psicologizante da criança e do brincar[5].

4 Estudiosos, depois dele, como Bergès e Balbo (1997) implicaram fortemente essa noção em seus trabalhos. Ela rende, ainda, em textos atuais, voltados para o autismo e psicoses, como em Maleval (2009), Di Ciaccia (2005) e outros.

5 Recupero aqui trabalhos fonoaudiológicos, como o de Klinger (2010) e o de Vendruscolo (2014), que trazem a valorização do brincar como constitutivo da criança, com base em Winnicott e, ao mesmo tempo, articulam uma posição cognitivista, entendendo que a partir de seus fazeres clínicos irão alcançar o simbolismo da criança do ponto de vista

A hipótese que levanto sobre a presença de Winnicott em alguns trabalhos fonoaudiológicos é frente à própria história do autor, que me parece abrir brechas para interpretações equivocadas. Winnicott foi médico, pediatra e, posteriormente, ligou-se à Psicanálise. Suas considerações sobre o brincar afastam-se, contudo, daquelas que refletem, como no caso de Melanie Klein e mesmo de Anna Freud, de questões relacionadas à sexualidade infantil. Disso decorre sua afirmação de que pretende produzir um "novo enunciado sobre o brincar" (Winnicott, 1975, p. 61). O afastamento da sexualidade em sua obra reflete-se no brincar, quando sustenta que, nas situações em que a excitação sexual emerge, o brincar é interrompido. Essa observação de Winnicott o autoriza a excluir a sexualidade de sua teorização sobre o brincar.

Outro ponto de diferença, entre Winnicott e sua contemporânea Klein, diz respeito à forma de leitura do analista frente ao brincar. Para Winnicott (1975), Klein detinha-se à utilização do conteúdo da brincadeira, enquanto o autor tende a assumir uma perspectiva mais próxima do acontecimento fenomênico, ou seja, da atividade da criança com objetos. Entende-se que ele esclareça que, em seu caso, ele irá "escrever sobre o brincar como uma coisa em si" (Winnicott, 1975, p. 61). Essa posição, que pode parecer ateórica, não impediu Winnicott de se afastar efetivamente de Freud – é mesmo a partir dele que Winnicott dará relevo e extensão teórica ao "Fort-Da": enunciou as noções de "espaço potencial" e de "objeto transicional", a que se alinham outros fenômenos transicionais.

Winnicott (1975) afirma que compreender o objeto transicional é compreender a natureza do simbolismo, pois o simbolismo é tratado como um substituto, algo que evoca, tal como se entende a função do objeto transicional. Para o psicanalista, o objeto transicional não será um objeto interno, mas uma possessão da criança, como mencionado anteriormente. Com tal afirmação, o autor marca sua oposição em relação a Klein, para quem o objeto é sempre mental.

Podemos dizer que, aberta a possibilidade da brincadeira, a criança lança mão de fenômenos e elementos da realidade externa a serviço de

~ cognitivo. Outros trabalhos, como o de Souza e demais autores (2019) e Schmitt e demais autores (2020), também apoiados em Winnicott, aliam suas proposições teóricas aos protocolos desenvolvimentistas como, por exemplo, o "Bayley III".

sua realidade interna. Como já comentado, Winnicott (1975) descarta questões referentes à sexualidade infantil de sua teorização, ainda que o corpo esteja envolvido no brincar, quer dizer, ele não recorrerá ao conceito de "zonas erógenas". Em termos gerais, no texto do autor, lemos que no decorrer da infância, os fenômenos transicionais evoluem diretamente para o brincar, depois para o brincar compartilhado e, então, por fim, para as experiências culturais.

No espaço clínico, Winnicott (1975) afirma que o brincar por si só possui um papel terapêutico. Desse modo, interpretar uma criança que não brinca seria inútil. O direcionamento para uma criança que não brinca, portanto, é fazer com que ela possa brincar:

> Conseguir que as crianças possam brincar é em si mesmo uma psicoterapia que possui aplicação imediata e universal, e inclui o estabelecimento de uma atitude social positiva com respeito ao brincar. [...] Minha intenção aqui é simplesmente recordar que o brincar das crianças possui tudo em si, embora o psicoterapeuta trabalhe com o material, o conteúdo do brincar (Winnicott, 1975, p. 74-75).

Após esse quadro sucinto do pensamento de Melanie Klein e de Winnicott sobre a criança e sobre a clínica psicanalítica com crianças, nota-se que, para ambos os autores, o brincar é central. Porém, não se pode dizer o mesmo nem daquilo que cada um concebe como criança e nem relativamente ao modo como circunscrevem o espaço clínico e a figura do terapeuta.

A introdução do significante

Na Psicanálise, Melanie Klein tem o estatuto definido de psicanalista que inaugura o tratamento com crianças e, assim, como alguém que situa a problemática do brincar nesse espaço. Winnicott é outro autor da psicanálise com crianças bastante reconhecido, e é aquele mais citado, talvez pela natureza de sua escrita que não se distancia de um traçado fenomênico e diretivo da cena clínica – ainda que, por certo, seja preciso reconhecer suas contribuições teóricas no campo do brincar.

Rodulfo (1990) é autor de um clássico da clínica psicanalítica com crianças, intitulado *O brincar e o significante: um estudo psicanalítico sobre a constituição precoce*. O título desse livro é, em si, esclarecedor, na medida em que nele se lê "significante", que explicita a leitura lacaniana da Psicanálise. Nessa obra, Rodulfo (1990), ao questionar-se sobre a criança, traz para o centro da discussão o significante ao suspender a possibilidade de redução da história da criança a tempos do desenvolvimento, como faz a Psicologia.

Rodulfo (1990) enfatiza a importância do discurso familiar, um discurso que, diga-se, terá importância capital para as intervenções do analista. O argumento é claro: antes mesmo do nascimento, a criança tem uma "pré-história", uma história familiar, discursiva, que a situa na trilha dos significantes, da qual não escapa. Será também por meio de significantes que ela poderá fantasiar. Em outras palavras, "brincar", ao manejar objetos de seu espaço. Na verdade, para a criança assim concebida não há objetos no sentido clássico da Psicologia do Desenvolvimento, mas brinquedos, como assinala Jerusalinsky (2009). Desse modo, Rodulfo (1990) destaca a importância da história da criança que está no discurso de seus pais e que a antecede. E, quanto ao significante, esse autor ensina que é necessário admitir que ele é repetível e que, também, adquire valor ao se relacionar com outro significante.

Segundo o psicanalista, a intervenção significante produz mudança: "há certas intervenções que demonstram ter uma incidência significante, porque depois delas algo não permanece exatamente igual" (Rodulfo, 1990, p. 21). Convém destacar a expressão "intervenção significante", na medida em que dessa composição decorre a ideia de que nem toda intervenção é significante, porque pode vir investida de significado, pode ter natureza sígnica e, quando é, ela fecha significações e barra o jogo entre encadeamentos e desencadeamentos. Uma intervenção significante não cerceia a mobilidade característica desse jogo.

Caracterizada por Rodulfo (1990) a natureza do significante, a problemática do brincar ocupará suas reflexões. Segundo o autor, brincar é:

> prática significante que tem para nós esta função; enquanto o brinquedo remete ao produto de certa atividade, a um produto com determinados conteúdos, a atividade em si deve ser marcada pelo verbo no infinitivo, que indica seu caráter de produção (Rodulfo, 1990, p. 91).

Nota-se a distinção feita entre prática significante e brinquedo. Dissemos, anteriormente, que o mundo da criança não é de objetos, mas de brinquedos, já que ele é efeito discursivo, efeito de linguagem, efeito de discurso; sendo assim, brincar e brinquedo são efeitos articulados do jogo significante. De importância capital para Rodulfo, o brincar para um psicanalista não deve ser entendido como diversão, nem como espaço de liberação do reprimido. O brincar é determinante da constituição subjetiva, é espaço de simbolização. Na cena clínica, ele é o "melhor fio" para a apreensão das questões da criança:

> [...] cada vez que quero avaliar o desenvolvimento simbólico de um menino, não há nenhum índice que o forneça mais claramente que o estado de suas possibilidades, quanto ao brincar. Não há nenhuma perturbação severa, perigosa ou significativa, na infância, que não se espelhe em alguma maneira no brincar (Rodulfo, 1990, p. 91).

Rodulfo enfatiza seu argumento sobre a relevância e a centralidade do brincar na clínica psicanalítica com crianças, e é nesse cenário, também, que ele se volta para os "tempos do brincar" e que retoma, em Freud (1996a) o famoso "Fort-Da".

O autor sustenta, contudo, e diferentemente de Freud, que o brincar participa desde muito cedo na vida da criança e é determinante da "constituição libidinal do corpo". Ele nos diz que a criança, no brincar, "oferece o corpo" ao outro. Note-se que o brincar, ligado ao significante do outro, é atirado para momentos simbólicos praticamente desde o nascimento. A cada tempo, o brincar terá uma função diferente na constituição subjetiva da criança.

A primeira função que Rodulfo (1990) apresenta, anterior à estruturação do "Fort-Da", liga-se à edificação do corpo da própria criança. Nesse tempo, Rodulfo alerta para que não se confunda "edificar o próprio corpo" com simples ações corporais da criança sobre os objetos. Como vimos, para a Psicanálise, não se trata da construção do pensamento técnico, como no caso da Psicologia do Desenvolvimento, e sim, das ações corporais da criança tomadas como significantes abertos a significações. Trata-se de um corpo pulsional que é erigido, cartografado na relação com o outro.

Assim ocorre, segundo o autor, nos primeiros tempos da vida da criança, a "inscrição de uma superfície" por efeito da relação com o outro. Jerusalinsky (2009), em "Jogos de litoral precursores do Fort-Da", acrescenta às considerações de Rodulfo que os jogos são estabelecidos no início da vida em torno dos buracos corporais (olhos, boca, orelhas etc.). É por meio deles que se estabelece a relação do vivo com o outro e com o mundo, e vale dizer que para o humano as bordas do corpo não estão dadas.

Nas transações entre o bebê e a mãe, nos cuidados dedicados a ele, a criança experimenta efeitos de prazer e desprazer. Na relação com a mãe, igualmente, é que a criança é colocada em jogos, em práticas significantes (Rodulfo, 1990). Resumidamente, no início da vida, o corpo da criança é capturado em jogos significantes.

A outra função do brincar é assumida como um segundo tempo de estruturação do corpo. Segundo Rodulfo (1990, p. 106), entende-se esse tempo como aquele que:

> [...] envolve uma série de jogos de relação continente/conteúdo; por exemplo, poder-se-á observar nessa época a criança tentando agarrar a bolsa da mãe, tirar coisas dela, ou descobrir o que há no interior de uma caixa, extrair elementos e devolvê-los, tudo de uma maneira insistente, absorta e repetitiva.

O autor chama atenção para o cuidado com as confusões ao se pensar a relação interno/externo, que adquire novo contorno, ainda que precário. Para o autor, é pela segunda função do brincar que um "tubo" se forma, permitindo a criança extrair e perfurar o corpo do outro. Ficam assim caracterizados dois tempos primitivos da constituição do corpo da criança, que envolve um intenso trabalho psíquico durante o primeiro ano de vida. Importante é considerar que as possibilidades motoras da criança se ampliam por efeito do processo de mielinização cerebral, mas que tais habilidades não acontecem fora de um discurso enraizado num "mito familiar", como diz Rodulfo (1990). Trata-se de um discurso que faz uma cartografia dos movimentos da criança e de seu corpo, que dá sustentação significante à circunscrição dos espaços interno/externo, que favorecerá/desfavorecerá a constituição de um corpo próprio.

A terceira função do brincar, segundo Rodulfo (1990), é preparada pelas transformações estruturais decorrentes das funções anteriores.

Ela é caracterizada pelo prazer experimentado, pela criança, nos jogos de aparecimento/desaparecimento, que inauguram desdobramentos de formas complexas e regradas de brincar. Nesse momento é que aparece o lançamento de objetos para o outro pegar, bem como os jogos de desaparecimento como o "cadê/achou!"[6].

Essa terceira função do brincar é índice do que se pode conceber como o "primeiro batimento do simbólico"[7] que se expressa em jogos de oposições, como esses exemplificados pelo autor – é ele mesmo quem assinala a importância clínica do reconhecimento da emergência dos jogos de oposições. Convém ressaltar que neles há sempre presença do outro, o que os distancia daquele anotado e comentado por Freud (1996a), conhecido como "Fort-Da".

Segundo Jerusalinsky (2009, p. 213): "ora, ainda que tal jogo [de lançar objetos] seja precursor direto do Fort-Da, são os outros que precisam ali recuperar os objetos para o bebê, detalhe que faz toda a diferença". De fato, a diferença está em que, antes da emergência do "Fort-Da", a criança conta com um "outro encarnado" que a sustenta psiquicamente, como assinala a psicanalista. Resumidamente, a alternância entre presença/ausência é vivida pelo bebê, antes da experiência mais angustiante da ausência do outro, que é simbolizada no jogo de carretel que Freud teve a chance de observar.

A emergência do "eu", concomitante lógico da diferença em relação ao "outro", está na base da angústia e da pressão pela simbolização da falta, que Freud apreendeu no jogo de carretel, que nomeou com as expressões verbais da criança: "Fort-Da". Nesse jogo, a criança revisita sua relação com o outro e, também, pratica alternância de posições (brincar de casinha, brincar de professora etc.).

Rodulfo (1990) traz à tona, como representante dessa conquista psíquica da criança, Winnicott (1975), quem, como vimos, dá extensão ao "Fort-Da" ao introduzir a noção de objeto transicional. Tais conquistas psíquicas dão margem à emergência das fantasias. A criança repete cenas vividas e nelas introduz o novo. De fato, toda repetição implica

6 Tal brincadeira realizada com o bebê implica esconder o rosto, fazendo assim uma ruptura no laço visual, geralmente com um pano, perguntando "cadê o bebê?" ou "cadê a mamãe?". Em seguida, volta-se ao bebê com o tom de surpresa: "achou!".

7 Utilizo aqui a expressão de Di Ciaccia (2005).

diferença – diferença que deve ser recolhida de maneira sensível numa clínica com crianças.

Caminhei até aqui com Rodulfo (1990) e Jerusalinsky (2009) com o objetivo de destacar um traçado de manifestações do brincar, que são expressões de metamorfoses psíquicas vividas pela criança. Elas foram concebidas como três funções que precedem e anunciam a entrada da criança na possibilidade de simbolizar, de fantasiar, entrada que, como assinala Freud (1996a), é marcada pela angústia da separação, e da resolução psíquica da experiência da ausência.

A fantasia, chance propiciada pela experiência da falta, do jogo de presença/ausência, corresponde à possibilidade de o significante articular-se em cadeia: "[...] para que exista cena lúdica, é necessário que, no embasamento da estrutura uma falta esteja operando" (Flesler, 2012, p. 92). Sendo assim, é com Flesler (2012) que entendo a fantasia como um texto, em que a criança se apresenta como narrador e ator: ela encena a cena que monta, ainda que isso passe pela reposição de cenas vividas, como disse acima. Insisto, porém, que tal reposição vem marcada pela diferença, pelo singular, ou seja, pela subjetividade da criança que encena: a criança recria.

Flesler (2012) aborda expressões da fantasia no brincar da criança. Podemos dizer, com a psicanalista, que, do ponto de vista subjetivo, a fantasia suspende o tempo, criando uma nova noção de espaço em que se opera um tempo lógico. Quero dizer com isso que a fantasia possibilita criar cenas em um tempo do "agora eu era...", em que se pode "brincar de..."[8]. Esse novo tempo "[...] é um tempo verbal não cumprido, apto para o brincar" (Flesler, 2012, p. 105). Na dimensão da fantasia, a criança pode virar ator, cedendo seu corpo e deixando, neste momento, sua identidade ao lado.

De fato, acompanhando Flesler (2012), uma vez que a realidade psíquica se amplia, a realidade efetiva se recria, pois a criança é lançada na esfera do simbólico[9]. Sendo assim, podemos dizer que a fantasia sustenta

8 Interessante pensar que, uma vez constituída a esfera da fantasia, ela se desdobra na arte, na música, na poesia, o que Freud não deixou de observar.

9 As definições que introduzo aqui sobre estes termos são recolhidas de Milner (2003). Nesse texto, ele aborda a tripartição lacaniana entre real, simbólico e imaginário, e as define como: real é a suposição da existência, ou seja, há sem qualquer extensão que a

o brincar da criança. Segundo Vorcaro (1997, p. 48), a realidade psíquica que governa o jogo da criança "é dirigida por desejos".

Freud (1996b) nos ensina algo sobre o brincar ao dizer que uma criança que brinca é como um escritor criativo. É mesmo ele quem nos diz que, na criação de seu mundo próprio, "elas fazem valer suas próprias regras". Assim, o brincar simbólico tem como seu oposto a própria realidade. Vorcaro (1997, p. 48) comenta que, por ser uma realidade criada pela própria criança, em torno de seus próprios desejos, o seu brincar implica interpretação: "a respeito dos jogos de criança, Freud os toma como ciframentos de um texto". A realidade psíquica, portanto, não é transparente, demanda sempre uma palavra do outro.

Em resumo, reitero que a fantasia, esfera psíquica do brincar da criança, é, como nos disse Flesler (2012), um texto inaugurado pela falta. Uma vez que o brincar é entendido como texto, pode ser articulado com a proposição do brincar e o significante de Rodulfo (1990), pois, sendo um texto, ficamos frente à articulação de cadeias significantes, impulsionadas pelo desejo. A fantasia é dilatação simbólica e reflete-se no brincar. Não se deve perder de vista que o brincar, enquanto realidade psíquica, é texto cifrado, não transparente. Disso decorre a importância da interpretação.

Conclusão

Este trabalho buscou apresentar considerações teóricas da Psicanálise sobre a criança e sobre o brincar. O solo teórico-clínico está assentado tanto no poder estruturante da linguagem, na força do significante, quanto na hipótese do inconsciente, noções que podem ser dialogadas com a Clínica de Linguagem.

Autores da Psicanálise de orientação lacaniana, que colocam em destaque o significante e o espaço simbólico na implementação e leitura da clínica com crianças, como Rodulfo (1990), Flesler (2012), Jerusalinsky (2009) e Vorcaro (1997) ganham destaque em minha discussão. Entendo

~ complemente; o imaginário é a suposição de que há consistência, ou seja, representação, classes; o simbólico nos leva, como ele diz, à suposição da pura diferença, nem semelhança, nem dessemelhança.

que a aproximação a esses autores pode iluminar questões para a Clínica de Linguagem. Com Rodulfo (1990) e Jerusalinsky (2009), recolho que o brincar passa por mudanças que são anteriores ao conhecido "jogo de carretel", estabelecido por Freud como o ponto de partida da simbolização – refiro-me ao seu famoso "Fort-Da". Esse passo possibilitou sustentar a afirmação de que brincar é linguagem, ideia assumida neste texto como incontornável.

Lier-DeVitto (1983) mostra que o corpo entra na linguagem antes que a boca possa fazê-lo. Essa "entrada", porém, não é independente do desejo do outro, daquele que convida o vivo para a esfera do humano. Se a criança é falada antes de nascer, como ensina a Psicanálise, a força do significante se impõe, como também procurei indicar na leitura dos autores citados.

O trabalho de Lier-DeVitto (1983) resgata uma contribuição importante dessa autora, para o Interacionismo em Aquisição da Linguagem, sobre o "período pré-linguístico". É ela quem afirma, contra essa classificação, que "não há período pré-linguístico" na constituição da criança, e corrobora com as considerações tecidas pelos autores da Psicanálise aqui apresentados. Para a reflexão produzida neste trabalho sobre o brincar, sua contribuição é da maior relevância para entender e poder interpretar, de modo mais apropriado, as crianças e suas posições sintomáticas na linguagem, que estão presentes na clínica.

Este breve cenário teórico vem, neste momento, para acrescentar que a captura pela linguagem é conflituosa: ela não é garantia de que a relação com o outro e a entrada na linguagem sejam sempre tranquilas, sem dificuldades. Há conflitos, há "caminhos e descaminhos" na relação com o outro e com a linguagem (Lier-DeVitto; Andrade, 2011). A Clínica de Linguagem tem que se haver com os "descaminhos" sempre enigmáticos e imprevisíveis da criança na relação com o outro e com a linguagem. Sua prática não dispensa, mas, faz-se no brincar que, neste trabalho, sustenta ser ele determinado pela linguagem, ou melhor, pela montagem de textualidades possíveis, sejam elas aquelas em que a criança entra mais com seu corpo ou aquelas em que a fala da criança ocorre de forma fragmentária, perturbada, esquiva.

Reitero que o encontro clínico com crianças, com dificuldades na relação com o outro ou com a linguagem, coloca o clínico de linguagem sob a necessidade de sempre responder pela singularidade de cada caso.

Em outras palavras, numa clínica com crianças, é decisivo poder levá-las a assumir posições diferentes nos jogos; fazê-las circular na brincadeira como aquele que pode ser "ator e autor", nas palavras de Flesler (2012). As palavras "ator" e "autor" são mesmo convenientes nesta reflexão, que toma o brincar como texto, como ficção, que a criança cria/recria, conta e reconta, ampliando seu espaço simbólico e movimentando posições. Como se espera e se aguarda em uma Clínica de Linguagem, cuja prática gira em torno de cristalizações, paralizações. Como disseram Lier-DeVitto e Arantes (1998), trata-se de uma prática que é movida pelo desejo de que a criança entre na linguagem, que ela "passe a outra coisa": seja falante criativo em sua língua materna.

Referências

ARANTES, L. O fonoaudiólogo, esse aprendiz de feiticeiro. *In*: LIER-DEVITTO, M. F. (org.). *Fonoaudiologia*: no sentido da linguagem. São Paulo: Cortez, 1994. p. 23-37.

BERGÈS, J.; BALBO, G. *A criança e a Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

DE LEMOS, C. T. G. Das viscissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, n. 42, p. 41-69, 2002.

DE LEMOS, C. T. G. Interacionismo e aquisição de linguagem. *Delta*: documentação e estudos em linguística teórica e aplicada, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 231-248, 1986.

DE LEMOS, C. T. G. Los processos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, Barcelona, v. 1, n. 1, p. 121-134, 1992.

DI CIACCIA, A. A propos de la pratique à plusieurs. *Les Feuillets du Courtil*, Leers-Nord, n. 23, p. 11-17, 2005.

FLESLER, A. *A psicanálise de crianças e o lugar dos pais*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

FREUD, S. Além do princípio do prazer. *In*: EDIÇÃO Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 18 (1920-1922). Rio de Janeiro: Imago. 1996a. p. 57-85.

FREUD, S. Escritores criativos e devaneio. *In*: EDIÇÃO Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 9 (1907). Rio de Janeiro: Imago, 1996b. p. 9-56.

FREUD, S. História de uma neurose infantil. *In*: EDIÇÃO Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 17 (1917-1918). Rio de Janeiro: Imago, 1996c. p. 85-138.

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. *In*: EDIÇÃO Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 12 (1911-1913). Rio de Janeiro: Imago, 1996d. p. 233-244.

JAKOBSON, R. *Linguística e comunicação*. São Paulo: Cultrix, 1976.

JERUSALINSKY, J. *A criação da criança*: letra e gozo nos primórdios do psiquismo. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia: Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

KLEIN, M. Fundamentos psicológicos da análise infantil. *In*: KLEIN, M. *A Psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Mestre Jou, 1981. p. 36-54.

KLINGER, E. F. *O brincar e as estereotipias em crianças do espectro autista diante da terapia fonoaudiológica de concepção interacionista*. 2010. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

LANDI, R. *Sob efeito da afasia*: a interdisciplinaridade como sintoma nas teorizações. 2000. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 65-71, 1998.

LIER-DEVITTO, M. F. *A constituição do interlocutor vocal*. 1983. Dissertação (Mestrado em Linguística e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1983.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da Linguagem: sobre as "vicissitudes de falas sintomáticas". *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: FAPESP, 2006. p. 183-200.

LIER-DEVITTO, M. F. *Relatório CNPq Projeto Integrado*: aquisição de linguagem e patologias de linguagem. São Paulo: PUC-SP, 2000.

LIER-DEVITTO, M. F.; ANDRADE, L. A abordagem do erro na fala e na escrita: aquisição, alfabetização e clínica. *In*: SIMPÓSIO NACIONAL DE LETRAS E LINGUÍSTICA, 2., 2011, Uberlândia. *Anais* [...]. Uberlândia: EdUFU, 2011.

LIER-DEVITTO, M. F.; FONSECA, S. C. Hesitações e pausas como ocorrências articuladas. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 54, p. 67-80, 2012.

MALEVAL, J. C. Os objetos autísticos complexos são nocivos?. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 223-254, 2009.

MARCOLINO-GALLI, J.; LIER-DEVITTO, M. F. Repetição sintomática na fala de afásicos. *Revista Intercâmbio*, São Paulo, v. 43, p. 32-46, 2020.

MILNER, J. C. *El periplo estructural*. Madrid: Amorrortu Editores, 2003.

PIAGET, J. Mastery Play. *In*: BRUNER, J. S.; JOLLY, A; SYLVA, K. *Play*: Its Role in Development and Evolution. London: Penguin Bokks Ltd, 1976a. p. 166-172.

PIAGET, J. Symbolic Play. *In*: BRUNER, J. S.; JOLLY, A; SYLVA, K. *Play*: Its Role in Development and Evolution. London: Penguin Bokks Ltd, 1976b. p. 172-177.

RODULFO, R. *O brincar e o significante*: um estudo psicanalítico sobre a constituição precoce. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SAUSSURE, F. *Curso de Linguística Geral*. São Paulo: Cultrix, 2006.

SCHMITT, P. M. *et al*. O brincar de mães e bebês com e sem histórico de sofrimento psíquico. *Revista Contexto & Saúde*, Ijuí, v. 20, n. 38, p. 217-227, 2020.

SILVA, P. L. *Clínica de Linguagem*: o brincar como texto. 2021. Dissertação (Mestrado em Linguística e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

SOUZA, A. P. R. *et al*. Linguagem, cognição e psiquismo: análise do brincar de dois bebês com histórico de sofrimento psíquico. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 84-97, 2019.

VENDRUSCOLO, J. F. *O brincar de sujeitos com risco psíquico*: um olhar interdisciplinar. 2014. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

VORCARO, A. *A criança na Clínica Psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia De Freud, 1997.

VYGOTSKY, L. S. *A formação social da mente*: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

12

Clínica de Linguagem e saúde mental: experiências num centro de atenção psicossocial infantojuvenil

Fernanda Fudissaku

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi consolidado a partir da promulgação da Constituição Nacional de 1988, que, em seu artigo 196, institui "a saúde como direito de todos e dever do Estado". O SUS surgiu em resposta às reivindicações da sociedade civil, especialmente através de movimentos da Reforma Sanitária. Seus princípios doutrinários são integralidade, universalidade e equidade:

> Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; [...] integralidade de assistência, entendida como conjunto

> articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; [...] igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (Brasil, 1990, p. 3).

As diretrizes organizativas do SUS são descentralização, regionalização, hierarquização dos serviços e controle social:

> VIII - participação da comunidade; [...]
>
> IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
>
> a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
>
> b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (Brasil, 1990, p. 3).

Para sustentar tais princípios, que trazem um novo modelo de atenção e gestão das práticas de saúde, foi criada a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). Trata-se de uma política que visa à desconstrução do modelo médico como modo de cuidado, propõe o trabalho em equipe e a experimentação de novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder. Considera-se que:

> as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras [...] O diagnóstico (médico) pressupõe uma certa regularidade, uma repetição em um contexto ideal. Mas, para que se realize uma clínica adequada, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de 'igual', o que ele apresenta de 'diferente', de singular. Inclusive um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo (Brasil, 2010, p. 12).

A proposta é uma mudança para um modelo que leva em conta a singularidade, isto é, o foco está no sujeito e não na doença. A construção do HumanizaSUS teve influência de conceitos da Reforma Psiquiátrica. Nos hospitais psiquiátricos, havia a soberania do poder médico na direção de tratamento e os doentes eram silenciados. Na contramão disso, o HumanizaSUS tem como premissa a autonomia e protagonismo dos

sujeitos, visando à participação coletiva no processo de gestão. Os conceitos norteadores dessa política são acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, Clínica Ampliada e Compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, formação e intervenção. Tal diretriz deve estar presente e inserida em todas as políticas e programas do SUS.

Trago para discussão o conceito de "clínica ampliada" que tem relevância para a rotina dos serviços de saúde e para as questões que pretendo encaminhar neste trabalho. Segundo a cartilha *Clínica Ampliada e Compartilhada*, do Ministério da Saúde (Brasil, 2010), existem diversas correntes teóricas que contribuem para o trabalho em saúde, podendo ser destacados três grandes enfoques: o biológico, o social e o psicológico. Há uma tendência em valorizar mais um dos enfoques do que os outros, privilegiando excessivamente um conhecimento específico. Diante disso, a Clínica Ampliada propõe a articulação e inclusão de diferentes enfoques e disciplinas, assim como uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. Podemos dizer que esse conceito visa:

> - Um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular;
>
> - Assumir a RESPONSABILIDADE sobre os usuários dos serviços de saúde;
>
> - Buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de INTERSETORIALIDADE;
>
> - RECONHECER OS LIMITES DO CONHECIMENTO dos profissionais de saúde e das TECNOLOGIAS por eles empregadas – tarefa muito difícil para esses profissionais –, e buscar outros conhecimentos em diferentes setores [...]
>
> - Assumir um compromisso ÉTICO Profundo (Brasil, 2004, p. 8-9).

A Clínica Ampliada utiliza como instrumentos para alcançar seus objetivos a equipe/profissional de referência e o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Trazendo à tona o conceito de "integralidade", são instrumentos que tentam garantir que o profissional e serviço de saúde se responsabilizem pela direção de tratamento do usuário. De acordo com a cartilha *Clínica Ampliada e Compartilhada*,

> Em lugar de profissionais de saúde que são responsáveis por pessoas, tem-se muitas vezes a responsabilidade parcial sobre 'procedimentos', 'diagnósticos', 'pedaços de pessoas', etc. A máxima organizacional 'cada um faz a sua parte' sanciona definitivamente a fragmentação, individualização e desresponsabilização do trabalho, da atenção e do cuidado [...] A Clínica Ampliada convida a uma ampliação do objeto de trabalho para que pessoas se responsabilizem por pessoas (Brasil, 2010, p. 16-17).

A equipe de referência é uma forma de garantir o compromisso com o sujeito e não mais fazer "recortes" dos pacientes em partes ou patologias. Traz o conceito de "escuta" como sugestão prática para sustentar esse compromisso e garantir a "humanização" no encontro com o sujeito.

> A escuta significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando aparentemente não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Mais do que isto, é preciso ajudá-lo a reconstruir e respeitar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida – as relações com seus convivas e desafetos (Brasil, 2010, p. 24).

O PTS tem como objetivo a construção de "condutas terapêuticas articuladas" (Brasil, 2010, p. 39) a partir da discussão do "caso clínico" por equipe interdisciplinar. Afasta-se da valorização do diagnóstico psiquiátrico e da medicação como única forma de tratamento dos usuários, por isso visa garantir uma ação integrada da equipe, em que todas as opiniões são importantes para criar propostas terapêuticas.

De acordo com a cartilha *Clínica Ampliada e Compartilhada*, é também o momento de definir hipóteses diagnósticas. Como já mencionado, essa política se assenta na articulação de três pilares, com o cuidado de um não sobrepor o outro. Diante disso, propõe

> uma avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. O conceito de vulnerabilidade (psicológica, orgânica e social) é muito útil e deve ser valorizado na discussão. A equipe deve

> tentar captar como o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social (Brasil, 2010, p. 41).

Desse modo, propõe "fazer a história de vida" do usuário, isto é, construir uma narrativa do caso a partir das diferentes leituras dos profissionais envolvidos.

Tais diretrizes norteiam todos os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, incluindo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivo que interessa a este trabalho. Mais especificamente, os CAPS infantojuvenil, que tem como finalidade atender "crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas" (Brasil, 2011, p. 7).

Por ser um serviço de atenção à crise, a gravidade dos casos atendidos demanda procedimentos que ultrapassam uma clínica tradicional com setting específico e bem delimitado fisicamente. Tais procedimentos são realizados por todos os profissionais da equipe, independentemente da categoria profissional. A população atendida também pede uma equipe interdisciplinar, em que as especialidades ficam diluídas e cada um contribui com o seu saber nas discussões e manejo dos casos.

A equipe mínima para atuação num CAPS infantojuvenil II deve ser composta por um médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; cinco profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (Brasil, 2002).

Note-se que a presença do fonoaudiólogo é optativa na composição da equipe, o que traz impasses ao trabalho desse profissional, no sentido de sustentar uma posição que justifique sua presença. Em artigo anterior, Fudissaku e Lykouropoulos (2015, p. 145) afirmaram que a Fonoaudiologia não tem um lugar legitimado no campo da Saúde Mental:

> a presença do fonoaudiólogo no campo da Saúde Mental ainda não está legitimada. Há questionamentos acerca da necessidade de sua presença, feitos por outros profissionais e, muitas vezes,

pelo próprio fonoaudiólogo. Persiste ainda um estranhamento em relação a esta intervenção.

Naquele momento, tal afirmação foi feita, pois o fonoaudiólogo se depara com uma novidade em relação ao modo de clinicar nos dispositivos que compõem o SUS, como procurei explicitar nos parágrafos anteriores. A formação do fonoaudiólogo, via de regra, se limita a atendimentos individuais em um *setting* específico e bem delimitado. Entrar em contato com procedimentos que não faziam parte, até então, do seu escopo clínico, pode levantar questionamentos em relação à sua atuação, tanto por parte do fonoaudiólogo como de outros profissionais.

Parto do princípio de que há lugar para o fonoaudiólogo no campo da Saúde Mental, já legitimado a partir da experiência clínica de fonoaudiólogos que atuam nesse campo[1], mas que precisa ser solidificado por uma teorização consistente a fim de não se reduzir a uma experiência intuitiva.

Diante do que foi exposto, o objetivo deste trabalho é discutir o lugar do fonoaudiólogo no CAPS infantojuvenil e refletir sobre os pressupostos teóricos que podem balizar sua prática dentro de tal modelo de cuidado.

Fundamentação teórica

Para que o fonoaudiólogo possa sustentar uma posição clínica, garantindo um espaço de atuação instrumentalizado por uma teorização sobre a linguagem, trago o aporte teórico desenvolvido pelo grupo de pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, coordenado pela Prof.ª Dr.ª Maria Francisca Lier-DeVitto e Prof.ª Dr.ª Lúcia Arantes, como possibilidade para sustentar um trabalho no âmbito do SUS.

As pesquisadoras tomam distanciamento das práticas clínicas ortopédicas que caracterizam o campo da Fonoaudiologia e assumem que a linguagem não é objeto manipulável, nem comportamento modelável. Para marcar esse distanciamento, as autoras utilizam o termo "Clínica

1 Ver: Almeida (2013); Barbosa (2019); Herrero (2021); Lykouropoulos e Herrero (2014); Lykouropoulos, Pechy (2016).

de Linguagem", tecendo teorizações e colocando-o no estatuto de conceito. O grupo segue a trilha da teorização de Aquisição de Linguagem proposta por De Lemos (1982, 1992, 2002), que faz uma releitura do Estruturalismo Europeu a partir da interpretação realizada pelo psicanalista Jacques Lacan, que aborda a estruturação do sujeito e seus modos de presença na estrutura da língua.

O Interacionismo, conforme proposto por De Lemos (1982, 1992, 2002), ganhou contornos originais a partir do trabalho de Lier-DeVitto (2001, 2003, 2006) no campo das patologias de linguagem. Trata-se de uma proposta que se apoia no pressuposto teórico da solidariedade entre estruturação do sujeito e estruturação da linguagem. Parte-se do reconhecimento da ordem própria da Língua, ou seja, de que a linguagem tem funcionamento regido por leis de referência interna, que determinam os movimentos da fala (Saussure, 2016).

Movimentos, esses, que são sempre singulares já que não há fala sem falante. Implicar o sujeito em sua relação com a linguagem significa, portanto, admitir que esse funcionamento, embora universal, não é cego, uma vez que o sujeito – ao enunciar, enunciar-se – faz marca de sua singularidade no corpo da linguagem. Trata-se de entender que o efeito patológico da perturbação/ausência de fala não deixa de dizer de modos singulares de enlaçamento de um corpo pelo Outro (Lier-DeVitto, 2006).

Importa ao clínico de linguagem o modo como o sujeito está na linguagem, isto é, a relação falante x fala x língua. Há um afastamento da clínica fonoaudiológica tradicional em que as alterações de fala são vistas a partir de um pensamento causalista de viés organicista e de tratamento voltado para a categorização e correção de "defeitos na fala". Trata-se de um outro modo de conceber os desvios de fala, que difere sintoma de erro. De acordo com Lier-DeVitto (2006, p. 185), as manifestações sintomáticas na linguagem são definidas como "repetição sem ocultação nem evitação", isto é, um acontecimento que exprime a "prisão do sujeito numa falta ou falha" que o impede de "passar a outra coisa".

Considerar os movimentos singulares na fala e a relação do falante com a linguagem permite ao clínico de linguagem uma escuta para o sujeito. Isso porque, nos casos de transtornos mentais graves e persistentes ou que há impossibilidades de estabelecer laços sociais, não há somente uma desorganização psíquica que poderia explicar as alterações na fala, mas um furo no corpo da fala que diz de uma posição do sujeito

na linguagem (Lier-DeVitto, 2001). Essa articulação, estruturação psíquica x funcionamento da língua, proporciona ao clínico de linguagem uma escuta que garante uma especificidade no campo da Saúde Mental.

A noção de sintoma da Clínica de Linguagem afasta o sujeito epistêmico e se aproxima do sujeito do inconsciente da Psicanálise. Tomar o sintoma enquanto significante – acontecimento submetido às leis de referência interna da linguagem – constitui uma escuta para o singular, isto é, para o enigmático da fala. Como diz Lier-DeVitto e Arantes (2006, p. 190, grifo nosso) "'*a singularidade*', quando se assume a hipótese do inconsciente, é enigma e não resultado que se anota ou registra". Portanto, o clínico de linguagem assume uma escuta para a densidade significante da fala. Esclareço com Arantes (2006, p. 326, grifo nosso): "a questão de saber 'qual é o significado do sintoma' é substituída por '*como o sintoma está articulado na fala*' e '*que efeitos ele produz/não produz na escuta do paciente*' (e do terapeuta)".

Trata-se de indagar qual a natureza da relação que o sujeito estabelece com a língua e com a fala (própria e do outro). Fonseca e Vorcaro (2006, p. 423, grifo nosso) apontam para o fundamento ético incontornável necessário numa clínica de linguagem, o terapeuta deve assumir um compromisso com uma teoria de linguagem para sustentar um compromisso com a fala e com o paciente:

> *Compromisso com a fala* porque a sua manifestação singular ou mesmo sua ausência – não menos singular – é o que constitui e institui a clínica fonoaudiológica [...]. *Compromisso com o paciente*, já que uma clínica dessa natureza não pode abstrair aquele em que a fala se manifesta (ou não).

Apresentei os principais pontos da teorização para encaminhar uma discussão a partir da minha experiência num CAPS infantojuvenil. Tal aporte teórico me permitiu sustentar uma posição no serviço, pois tinha como instrumento uma escuta constituída a partir dessa teorização que me dava subsídios para tomar direções e definir manejos aos casos. Mesmo aqueles em que não havia uma manifestação sintomática na materialidade da fala dos sujeitos e que numa clínica "tradicional" não se justificaria a presença do fonoaudiólogo.

A Clínica de Linguagem também foi lugar para assentar as indagações que levantei em minha experiência clínica. Os atendimentos em grupos e oficinas terapêuticas me inquietavam, pois interrogava a efetividade desses dispositivos e me perguntava se era uma escolha clínica ou um modo de acolher a grande quantidade de usuários de um serviço público. A clínica foi me respondendo que se tratava de um dispositivo efetivo, principalmente para casos graves. Alguns usuários não suportavam estar em atendimento individual, grupos ou oficinas. Para estes, fui vivenciando que havia a possibilidade de estarem em um espaço mais aberto, que chamávamos de "convivência". Aparentemente um espaço "esvaziado", mas que, ao longo de minha experiência, constatei que talvez seja o espaço mais potente do serviço. Para iluminar os questionamentos levantados, trago o relato de um caso acompanhado num CAPS infantojuvenil .

Discussão de caso

Segundo a Portaria Gabinete do Ministro (GM) do Ministério da Saúde nº 336 (Brasil, 2002), os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território. O CAPS que trabalhei tinha uma peculiaridade por ser localizado no Centro de São Paulo, onde há uma grande concentração de crianças e adolescentes em situação de rua. De acordo com o Censo da População em Situação de Rua (São Paulo, 2019), 24.344 pessoas encontram-se em situação de rua no município de São Paulo e 60% na região central.

Diante dessa demanda do território, foram criadas estratégias no CAPS para acolher as crianças e adolescentes que se encontravam em situação de rua, porém havia um impasse: parte dos profissionais da equipe não concordavam com o atendimento dessa população. Baseados no diagnóstico médico, argumentavam que não se tratava de pessoas com transtorno mental severo e persistente e, portanto, não eram casos para saúde, mas sim para a rede da Assistência Social. No entanto, outros profissionais da equipe acreditavam que era preciso olhar para o sujeito e seu sofrimento psíquico que demandava a escuta de um profissional da saúde. Retomando a noção de Clínica Ampliada, não é o diagnóstico médico que define a entrada no serviço, mas um olhar não

fragmentado para o sujeito que inclui a sua vulnerabilidade. Trago o caso de C. que chegou ao serviço nesse cenário.

C. iniciou acompanhamento no CAPS aos 16 anos, ficava em situação de rua no Centro de São Paulo, mais especificamente no Largo do Arouche e na região da Luz, mais conhecida como Cracolândia. Estava em situação de rua desde os dez anos. Sua mãe faleceu de mal de Chagas, quando ainda era muito pequeno. Tinha uma irmã três anos mais nova e, após a morte da mãe, permaneceram aos cuidados do pai. Os dois sofreram situações de violência: maus-tratos, abuso sexual e foram mantidos em cárcere privado. Os vizinhos passavam comida pela janela, pois estavam privados de alimentação. Após denúncia dos vizinhos, os irmãos foram abrigados e o pai perdeu o pátrio poder. Aos oito anos, C. começou a fugir do abrigo para ir ao Centro de São Paulo, quando retornou ao abrigo depois de uma dessas saídas, teve a notícia de que sua irmã havia sido adotada. Nunca mais se encontraram.

A escolha por esse caso vai muito além de sua história marcada por cenas de violência. C. provocou mudanças nos serviços, nos profissionais, na rede, pois pôde sustentar sua presença. Foi preciso que os profissionais olhassem para os "furos" institucionais e pudessem realizar mudanças no funcionamento do serviço para que ele pudesse ficar. Sem saber, C. foi garantindo ao CAPS um funcionamento a partir das diretrizes do SUS.

C. chegou ao CAPS solicitando vaga de acolhimento institucional, realizei o primeiro acolhimento junto com uma auxiliar de enfermagem. C. me provocou logo em sua entrada no serviço, me chamou atenção sua solidão e, também, sua doçura, incomum aos adolescentes com o mesmo perfil. Tocada por esse modo peculiar de se posicionar, fui interrogada, pois de algum modo, C. não escondeu seu sofrimento nesse primeiro encontro. Ao discutir o caso na reunião de equipe, disponibilizei-me para ser referência do caso.

Na segunda vez que compareceu ao CAPS, chegou em outra posição. Ao cumprimentá-lo, C. respondeu com palavrões e rispidez. Após ser informado que eu seria sua referência, nossa relação mudou. Acredito que essa mudança foi efeito de sua inserção no serviço, pois começou a se estabelecer uma relação transferencial e, consequentemente, suas atuações começaram a aparecer.

Parecia não suportar estar com o outro e montava sempre uma mesma cena: criava um conflito com a equipe ou outros usuários, pegava faca

ou qualquer outro objeto cortante e ameaçava alguém, cometia transgressões – roubava algo, traficava –, quebrava o serviço – jogava cadeiras, quebrava vidros, portas, mesas – e, por fim, parecia chegar aonde queria: numa autoagressão. Se cortava com os cacos de vidro que quebrava ou marcava seu próprio corpo de um modo menos acidental, chegou a tentar suicídio dentro do serviço. Parecia pedir para ser expulso e abandonado novamente, mas também era um pedido por limites. O maior impasse da equipe era chegar em um "não" que não o expulsava, mas que poderia estabelecer borda a ele. Era uma linha tênue e o maior desafio da equipe, que ficava polarizada: parte queria expulsá-lo, e outra tentava sustentá-lo no serviço, fazendo uma leitura de suas atuações a partir de sua história.

Como referência do caso, tomei a seguinte direção: escutá-lo. Abrir e sustentar um espaço para que C. pudesse falar sobre seu sofrimento e assim parar de quebrar e se quebrar. Era preciso colocar no simbólico o que não podia ser nomeado. Estabelecer um espaço para o aparecimento do sujeito e seu sofrimento. Tomar suas "crises" como um enigma e não como um comportamento a ser adequado e que ele pudesse ter controle. Um sujeito inconsciente, que transbordava sua dor: C. desordenava o serviço para sustentar sua ordem.

Ele voltava todos os dias ao CAPS, a princípio, seu PTS, feito pela equipe, contemplava três dias da semana e a participação em oficinas abertas. Porém, C. extrapolava-o, precisava mais do que estávamos dispostos a lhe oferecer. Ele não sustentava ir exatamente nos dias e horários oferecidos, nem permanecer nas oficinas propostas. C. voltava todos os dias à revelia da equipe. Como disse anteriormente, parte da equipe não acreditava que o serviço deveria acolher adolescentes que faziam uso abusivo de substâncias psicoativas. Sem pensar no perfil dessa população, os atendimentos eram realizados com hora marcada, num modelo ambulatorial. Fracasso anunciado para esses adolescentes que viviam um outro tempo nas ruas.

Até que um dia, C. e eu pudemos construir um novo PTS juntos, como sempre, a partir de um conflito gerado por ele. Durante uma atividade na convivência, brigou com outro adolescente: ele aumentava o volume do rádio e todos pediam para abaixar. A cena se repetiu algumas vezes, até um adolescente gritar: "*você não é mais do que ninguém aqui*". C. ficou muito nervoso, saiu da convivência e foi para outra sala realizar a atividade sozinho. Aproximei-me e disse que a convivência é um espaço

para ficar todo mundo junto, fazendo atividades juntos, com todos, unidos. Ele respondeu que era "*unido com ele mesmo*". No final da conversa, C. pediu para vir todos os dias ao CAPS, entendi que ele estava me pedindo para conviver com outros. Acordamos, então, um novo PTS: estar na convivência, todos os dias. Dessa vez, construído junto com o adolescente. Parte da equipe não compreendeu e perguntava "*isso virou centro de convivência*"? Eu respondia que isso dependia da escuta dos profissionais que estavam ali e não de um espaço físico.

Naquele momento, C. já estava apresentando mudanças significativas. As "crises" começaram a ser contidas a partir do meu olhar e da minha fala. Ele começou a ocupar outros lugares: cuidar das crianças, dançar, desenhar, escrever. Fiz um investimento em sua escrita. Por não ter frequentado a escola, não havia aprendido a escrever e eu dizia que já havia um escritor ali, oferecendo mais um lugar que poderia ocupar. E C. começou a escrever: escrevia palavrões e provocações nas paredes.

A verdade é que C. começava a poder falar... sua fala já vinha aparecendo na convivência e eu fui percebendo a potência desse espaço. Contou que sua irmã foi adotada e que essa foi a única perda difícil em sua vida. Trouxe questões sobre sua sexualidade e a prostituição. C. havia sido visto vestido de mulher, de batom, no Largo do Arouche, ponto conhecido pela prostituição. Passou a trazer esses conteúdos para a equipe. Ao mesmo tempo que parecia querer mostrar e sustentar sua masculinidade, numa posição heterossexual, trouxe relatos de seus relacionamentos sexuais com travestis e homossexuais. Falou também da dor e violência da prostituição e como isso o confundia em relação aos seus desejos.

Falou muito de seu pai, um pai que não condizia com a realidade. Porém C. quis se deparar com a realidade e pediu para visitá-lo. Fomos até sua cidade, ele reconheceu a casa que morou e bateu na porta. Seu pai abriu a porta e ao vê-lo, bateu à porta em sua cara. Sem dizer uma palavra. Sem a presença de C., seu pai abriu a porta e disse às profissionais[2]: "*o que aconteceu no passado, ficou no passado*" e não quis ver o filho. Colocamos para C. o quanto ele havia sido corajoso e tentou encarar seu

2 Acompanhamento terapêutico realizado com a terapeuta ocupacional da equipe do CAPS.

passado, mas que infelizmente seu pai não pôde fazer o mesmo. Ressaltamos a importância dessa tentativa de ressignificar a sua história.

Apesar das mudanças de C., as atuações continuavam e a tensão com a equipe também. Até que em dezembro de 2011 foi instituída a Portaria nº 3.088 (Brasil, 2011), que inclui o atendimento de crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas nos CAPS infantojuvenil. Portanto, o atendimento de C. passou a ser autorizado oficialmente por uma lei.

Aproveito a menção a essa portaria para trazer a relação de C. com as substâncias psicoativas e os dispositivos que utilizamos em seu processo terapêutico. O uso de *crack* era como um namoro com a morte. Não pela substância em si, mas pela situação de risco em que se colocava. C. entrava num movimento incessante de uso de *crack*, ficava semanas na Cracolândia e, quando seu corpo não aguentava mais, fazia uma pausa e migrava para outro território, onde o uso era menos intenso.

A direção de seu tratamento era pautada pela ótica da redução de danos, em que o foco não está na abstinência. Como disse anteriormente, C. retornava todo dia ao serviço e com isso houve um corte no movimento intenso de uso, que passou a se restringir a algumas noites e aos finais de semana.

Para oferecer um cuidado intensivo, utilizamos alguns dispositivos: o CAPS na rua, que tinha como objetivo configurar um espaço de escuta e cuidado para o sofrimento na cena de uso. E a hospitalidade noturna no CAPS álcool e drogas para atenção à crise e para evitar internações de longa duração.

Após quase dois anos de acompanhamento intensivo, C. solicitou internação de longa permanência. Nesse período, havia aumentado a frequência do uso de *crack* e estava ameaçado de morte por traficantes. A equipe entendeu que ele necessitava de maior contorno e continência e apostou na internação também como um afastamento do movimento incessante da rua.

C. ficou internado em uma comunidade terapêutica situada numa cidade do interior de São Paulo. Depois de algumas semanas, fugiu e fez uma denúncia sobre as más condições da clínica aos policiais que encontrou pelo caminho, porém foi levado de volta no mesmo dia.

Naquele período, começou um processo de fechamento das comunidades terapêuticas que funcionavam em condições precárias. O cuidado

passou a ser em enfermarias psiquiátricas de hospitais gerais, como preconizado nas portarias. A clínica em que C. estava foi fechada e o CAPS foi acionado a fazer sua transferência para outra comunidade terapêutica. Quando o encontrei, vi os efeitos colaterais da medicação: corpo se movimentando em blocos e uma fala muito lentificada. Não queria prosseguir na internação, porém acordamos que o melhor seria dar continuidade ao processo. Durante o trajeto para a outra comunidade terapêutica, C. pulou da ambulância e correu pela rodovia. Quando percebeu que não havia outra saída, retornou. Continuou internado em outra comunidade terapêutica. Após sua alta, manteve-se abstinente em hospitalidade noturna por poucos dias e logo retornou à Cracolândia. Não pudemos escutar o desejo de C. naquele momento e insistimos, novamente, num procedimento fadado ao fracasso. Foram duas tentativas de fugas em direção ao seu desejo, porém foi silenciado.

O último dispositivo utilizado foi a Unidade de Acolhimento (UA), serviço instituído pela Portaria nº 3.088 (Brasil, 2011), mencionada anteriormente. UA é um ponto de atenção que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório (Brasil, 2011).

Realizamos a implementação da única UA para adolescentes do município de São Paulo. Em 2013, C. passou a apresentar demanda para tal dispositivo, que daria um suporte para sustentar sua presença em outros espaços do laço social.

Parte da equipe apresentou resistências à sua inserção, foram criadas novas regras para dificultar sua entrada no serviço. Após inúmeras discussões do caso, C. foi inserido na UA e surpreendeu os profissionais, pois conseguiu estar de outro modo no laço social: morando e dividindo o espaço com outros adolescentes, passou a frequentar a escola e parou de quebrar o serviço.

C. pediu novamente para visitar sua cidade, vislumbrando outra tentativa de aproximação com seu pai. Porém, dessa vez, mostrou sua cidade e tirou fotos dos lugares que o marcou. Ao passar pela casa do pai, desistiu de bater na porta. Parece que pode construir uma outra história, apesar desse pai.

Finalizo com uma cena que ocorreu durante esse período: C. estava orgulhoso e feliz com suas mudanças. Nesse dia, apresentou-me às pessoas e se referiu a mim como "*minha fonoaudióloga*". Relatou que quase cortou a boca fazendo a barba na UA e exclamou: "*imagina se eu corto a boca e não consigo falar?!*". Eu devolvo a pergunta (pensando que ele era muito tagarela e falador): "*Imagina C.! Se você corta a boca e não consegue falar?*", e ele responde: "*eu ia voltar a quebrar!*".

Trouxe aqui muitos impasses no processo de C., mas acredito que pude tomar decisões que foram em direção ao seu desejo e que puderam permitir o aparecimento do sujeito. Isso só foi possível, pois o cuidado de C. foi em liberdade.

Considerações finais

A construção desse espaço de atuação foi possível devido à minha formação no âmbito da Clínica de Linguagem, cuja fundamentação teórica está em consonância com as diretrizes do SUS e com o trabalho realizado no CAPS. Acredito que esse modo particular de escutar o paciente, aliado à possibilidade de produzir um texto para acerca do que há de singular em uma fala, pode trazer contribuições à Clínica Ampliada e, consequentemente, nortear o trabalho no CAPS.

Mencionei anteriormente que há procedimentos no CAPS que não fazem parte da formação do fonoaudiólogo, porém a novidade não está restrita a eles, uma vez que há um raciocínio clínico diferente do tradicional. Sendo assim, as teorizações do SUS e a Reforma Psiquiátrica são essenciais, pois não se trata de encaixar métodos utilizados por fonoaudiólogos ou as especialidades da Fonoaudiologia no campo da Saúde Mental, mas sim assumir uma outra posição clínica.

Por fim, a presença do fonoaudiólogo não se justifica a partir das patologias e comprometimentos na fala, mas sim por ser um profissional com uma teoria sobre linguagem e preceitos do SUS que subsidia uma escuta para os sujeitos em sofrimento psíquico.

Referências

ALMEIDA, B. P. B.; CUNHA, M. C.; SOUZA L. A. P. Características e demandas fonoaudiológicas de pacientes adultos portadores de transtornos mentais e institucionalizados em um Centro de Atenção Integral à Saúde. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 27-33, 2013.

ARANTES, L. Sobre a instância diagnóstica na Clínica de Linguagem. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 315-330.

BARBOSA, C. L. *Fonoaudiologia e saúde mental*: a escuta clínica na perspectiva de profissionais e familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil – CAPSi. 2019. Tese (Doutorado em Comunicação Humana e Saúde) –Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, [2016]. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 3 out. 2021.

BRASIL. *Clínica Ampliada e Compartilhada*: série b. textos básicos de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2010]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 3 out. 2021.

BRASIL. *HumanizaSUS*: a clínica ampliada: série B. textos básicos de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2004]. Disponível em: https://www.heab.faepa.br/App_Data/Conteudo/Arquivos/Humaniza%C3%A7%C3%A3o/Clinica%20Ampliada.pdf. Acesso em: 3 out. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAncias. Acesso em: 3 out. 2021.

BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário oficial (da) República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 3 out. 2021.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas,

no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 24 out. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 3 out. 2021.

DE LEMOS, C. T. G. Das viscissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, n. 42, p. 41-69, 2002.

DE LEMOS, C. T. G. Los processos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, Barcelona, v. 1, n. 1, p. 121-135, 1992.

DE LEMOS, C. T. G. Sobre a aquisição da linguagem e seu dilema (pecado) original. *Iberoamericana*, Madri, v. 8, n. 1, p. 3-16, 1982.

FONSECA, S. C.; VORCARO, A. O atendimento fonoaudiológico e psicanalítico de um sujeito afásico. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 413-441.

FUDISSAKU, F.; LYKOUROPOULOS, C. Um olhar e um lugar para o fonoaudiólogo em um CAPSi. *In*: LYKOUROPOULOS, C.; HERRERO, E. (org.). *Fonoaudiologia e Saúde mental no trem da Reforma*. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2015. p. 145-156.

HERRERO, E. *Oficina (radicalmente) de Linguagem em um Centro de Convivência e Cooperativa*: a artesania da palavra. 2021. (Doutorado em Comunicação Humana e Saúde) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006.

LYKOUROPOULOS, C.; HERRERO, E. (org.). *Fonoaudiologia e saúde mental no trem da Reforma*. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2015.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da Linguagem: sobre as "vicissitudes de falas sintomáticas". *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 183-200.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da Linguagem: subversão posta em ato. *In*: LEITE, N. (org.). *Corpo e Linguagem*: gestos e afetos. Campinas: Mercado da Letras: FAEP: Unicamp, 2003. p. 233-245.

LIER-DEVITTO, M. F. Sobre o sintoma: efeito da fala no outro, déficit de linguagem, ou ainda?. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 245-252, 2001.

LYKOUROPOULOS, C. B.; HERRERO, E. Saúde mental e fonoaudiologia: modelos de atenção e perspectivas para o trabalho. *In*: MARCHESAN, I. Q.; JUSTINO, H.; TOMÉ, M. C. (org.). *Tratado de especialidades em Fonoaudiologia*. São Paulo: Guanabara Kogan, 2014, p. 758-65.

LYKOUROPOULOS, C. B.; PÉCHY, S. H. S. *In*: LYKOUROPOULOS, C. B.; Lauridsen-Ribeiro, E (org.). *O Capsi e o desafio da gestão em rede*. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 87-99.

SÃO PAULO. *Pesquisa Censitária da População em Situação de rua*. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 2019. Disponível em: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYzM4MDJmNTAtNzhlMi00NzliLTk4MzYtY2MzN2U5ZDE1YzI3IiwidCI6ImE0ZTA2MDVjLWUzOTUtNDZlYS1iMmE4LThlNjE1NGM5MGUwNyJ9. Acesso em: 3 out. 2021.

SAUSSURE, F. *Curso de Linguística Geral*. São Paulo: Cultrix, 2006.

PARTE IV

Clínica de Linguagem e educação

13

O ensino-aprendizagem de língua portuguesa para surdos: uma questão interrogante

Silvana Zajac
Lúcia Arantes

Introdução

Examinando a literatura especializada sobre a educação de surdos, constata-se a existência de diversos trabalhos que envolvem o debate em torno das questões linguísticas relativas à surdez que têm sido objeto de interesse de diferentes campos do conhecimento como o da Educação e o da Linguística.

Nos últimos anos, a análise das produções textuais de surdos tem despertado cada vez mais o interesse de pesquisadores de diversas áreas do conhecimento, sobretudo, das Ciências Humanas. São inúmeras as pesquisas que elegem como foco de investigação as questões acerca desse tema. Contudo, quando se examina tais estudos, é possível observar que grande parte da literatura revela a complexidade

e a dificuldade de dar conta dos "problemas" que os dados/textos produzidos por surdos colocam para o pesquisador. O que se vê é um debate que não consegue aprofundar as discussões sobre a linguagem e seu funcionamento e que acabam direcionando o foco para as questões metodológicas, como se a "descoberta" de um método mais adequado pudesse apagar a complexidade envolvida na educação do surdo.

Assim, se faz importante analisar criticamente as diversas correntes que embasam as metodologias de ensino de português para surdos, problematizando as tensões e os impasses envolvidos na educação desses alunos.

Ao recapitular os estudos voltados para a educação de surdos, é possível delinear na literatura dois momentos distintos que podem ser claramente definidos, e um terceiro momento, ainda em fase de construção, que pretende superar os limites dos momentos anteriores.

O primeiro e o segundo momentos são marcados por duas linhas distintas: o Oralismo e a Comunicação Total, abordagens educacionais que, guardadas as diferenças, têm em comum o objetivo precípuo que é fazer com que o surdo possa dominar a linguagem oral, como veremos adiante. O terceiro momento é aquele em que começa a se fazer presente a chamada educação bilíngue, que propõe tornar acessível ao surdo duas línguas no espaço escolar: a Língua Brasileira de Sinais (Libras) e a língua portuguesa (na sua modalidade escrita) para o caso dos surdos brasileiros.

Contudo, o ensino de português para surdos ainda é uma questão-problema em nosso país. Diversos autores, como Fernandes (1990), Lane (1992), Hoffmeister (1999), Silva (2001), Téllez e Calderón (2001), Botelho (2002), Guarinello (2005), afirmam que a escrita dos surdos não segue as mesmas construções que a dos ouvintes, uma vez que aqueles apresentam dificuldades em desenvolver fluência na escrita da língua oral de seu país. Para alguns dos autores brasileiros[1], os textos escritos por surdos apresentam certas particularidades, como, por exemplo, uso inadequado ou omissão de preposições, terminação verbal não correspondente à pessoa do verbo, inconsistência de tempo e modo verbal, flexão inadequada de gênero em adjetivos e artigos, uso incorreto do

1 Ver: Fernandes (1990), Trenche (1995), Góes e Souza (1996), Lacerda (1996), Fernandes (1998), Friães (1999), Silva (2001), Pereira (2003), Guarinello (2005).

pronome pessoal do caso oblíquo. Tais descrições, além de impressionistas, apenas assinalam aquilo que salta ao olhar da maioria dos falantes nativos do português. Esses trabalhos de cunho descritivo, na sua grande maioria, não conseguem ir além e avançar no sentido de buscar uma explicação para tais fenômenos. Mais que isso, eles apagam as particularidades do texto de um sujeito, passando o referido texto a fazer parte apenas de uma categoria denominada de "escrita de surdos".

As pesquisas que apontam as dificuldades dos surdos com a linguagem revelam, também, como os profissionais concebem esses sujeitos, a surdez e a linguagem. É frequente a ideia de que o ensino da língua, muitas vezes, pode se dar por meio de atividades mecânicas e repetitivas como se fosse um código pronto e acabado, sendo o surdo um aprendiz que porta um déficit que justifica suas dificuldades. Muitos desses autores defendem a busca de um método e, nesse sentido, discutirei, a seguir, diversas linhas metodológicas do ensino de língua portuguesa para surdos, com o intuito de problematizar alguns pontos que tendem a ser naturalizados e, na sequência, ampliarei o escopo da discussão, interrogando os pontos apresentados.

O contexto histórico da educação de surdos

Para compreender os estudos sobre a educação de surdos, é necessário retroceder no tempo e analisar o contexto social mais amplo em que eles se desenvolveram. A crise do sistema feudal teve como consequência uma mudança na vida dos camponeses e trabalhadores rurais que se tornara muito difícil. Esse acontecimento localiza-se num momento histórico propício, também, para o surgimento de propostas educacionais para surdos, conforme aponta Sánchez (1990). Segundo esse autor, no final do século XVI, as sociedades europeias se viram estremecidas pela presença de grandes massas de indigentes que, sem possibilidades de se manterem nas cidades, tinham como meio de subsistência a mendicância.

Com a intenção de resolver esse problema, inicia-se a prática de confinamento daqueles que são considerados indesejáveis pela sociedade. Foi necessário algum tempo para que os improdutivos, que eram considerados incapacitados, merecessem uma atenção especial, ensejando a criação de instituições especiais para atendê-los. Isso ocorre só no final

do século XVIII, quando se distingue o conceito de enfermo, primeiramente dirigido aos loucos. Mas, não muito tempo depois, esse conceito seria estendido também aos indivíduos com deficiência como nos casos de surdez.

Nessa época, o atendimento para a escolarização era individual, feito por preceptores encarregados de educar os surdos das famílias com poder aquisitivo elevado. Contudo, o convívio entre esses educadores não era harmonioso. Eles tinham extrema divergência entre si quanto ao método apropriado à educação desses sujeitos (Silva, 1987). Entre os referidos educadores, De L'Epèe foi o primeiro de que se tem registro na história a desenvolver um método para educação coletiva de surdos, apoiado na língua de sinais da comunidade de surdos de Paris (Sánchez, 1990). Entretanto, rechaçando as práticas que utilizavam a língua de sinais, aos poucos foi ganhando espaço a linha oralista, sistematizada por um militar alemão chamado Samuel Heinnicke. Seus seguidores se proliferaram mundo afora. Baseados na premissa de que "sem palavras não há humanidade", os adeptos dessa corrente conseguiram, em 1880, no II Congresso de Milão sobre Educação de Surdos, proibir o uso da língua de sinais no ensino; decisão que logo se espalhou pela Europa e pelas Américas chegando, consequentemente, ao Brasil. Segundo Sánchez (1990), com a implementação do Oralismo, muitos surdos passaram a ser vistos como intelectualmente nulos na sociedade. Isso porque aos surdos faltava a fala e, por conseguinte, representavam a diferença em relação à população dita "normal". Assim, o medo do diferente, difundido pelos educadores oralistas, justificaria a natureza do trabalho que desenvolviam com os alunos surdos.

A ideia, à época, era fazer com que a surdez se tornasse invisível para a sociedade e que os surdos, sem usar sinais, parecessem "seres normais". Pretendia-se que tais indivíduos se entendessem e se comunicassem como os ouvintes, o que equivale exigir que deixassem de ser surdos. A filosofia que guiava os oralistas era a da Eugenia, pensamento que pregava a existência de condições propícias para o "aperfeiçoamento e purificação" da raça humana, conforme assinala Diwan (2007). Dessa forma, o Oralismo marcou significativamente as concepções e práticas da Medicina, Psicologia e, principalmente, da Educação. Portanto, durante o apogeu dessa abordagem, termina o tempo de convivência, na educação dos surdos, entre a língua falada e a gestual e, em particular,

desaparece a figura do professor surdo que, até então era relativamente frequente e acabou por ser excluída das escolas. Assim, no mundo todo, o Oralismo foi o referencial assumido e as práticas educacionais vinculadas a ele foram amplamente desenvolvidas e divulgadas. Enquanto método, o Oralismo privilegia a língua oral, proibindo o uso da língua de sinais, alegando que esta atrapalha o aprendizado da fala. Rejeita a língua de sinais; empenha-se no treino fonoarticulatório e na leitura labial; aproveita os resíduos auditivos do surdo, através de aparelhos de amplificação sonora, para o aprendizado da língua oral. Praticamente, essa abordagem não foi questionada por mais de um século. No entanto, os resultados de muitas décadas de trabalho nessa linha não mostraram os sucessos previstos. A maior parte dos surdos não desenvolveu uma fala socialmente satisfatória e, em geral, esse desenvolvimento era parcial e tardio em relação à aquisição e à fala apresentada pelos ouvintes, implicando um atraso de desenvolvimento global significativo. Somavam-se a isso as dificuldades ligadas à aprendizagem da leitura e da escrita desses alunos: sempre tardia, cheia de problemas, mostrando sujeitos, muitas vezes, apenas parcialmente alfabetizados após longos anos de escolarização.

É nesse contexto que, na década de 1960, começaram a surgir estudos sobre as línguas de sinais utilizadas pelas comunidades surdas, sobretudo os trabalhos de Stokoe (1960), nos Estados Unidos. Segundo Lacerda (1996), apesar da proibição pelos oralistas do uso de gestos e sinais, raramente se encontrava uma escola ou instituição para surdos que não tivesse desenvolvido, às margens do sistema, um modo próprio de comunicação através dessa língua. O descontentamento com o Oralismo e as pesquisas sobre línguas de sinais deram origem a novas propostas pedagógico-educacionais em relação à educação da pessoa surda, e a tendência que ganhou impulso nos anos 1970 foi a chamada Comunicação Total. Segundo Stewart (1993, p. 118), "[...] em geral, a Comunicação Total é a prática de usar sinais, leitura orofacial, amplificação e alfabeto digital para fornecer *input* linguístico para estudantes surdos, enquanto que eles podem expressar-se nas modalidades preferidas".

O objetivo da Comunicação Total era fornecer à criança a possibilidade de desenvolver uma comunicação real com seus familiares, professores e demais pessoas que a rodeavam. Em relação à leitura e escrita, os problemas apresentados continuavam elevados, dado que

poucos sujeitos alcançavam autonomia nesse modo de produção de linguagem. Ademais, no contexto escolar, os sinais, ocupavam um lugar meramente acessório, de auxiliar da fala, não havendo um espaço para uma efetiva realização da língua de sinais. Os surdos atendidos sob essa abordagem, muitas vezes, comunicam-se precariamente, apesar do acesso aos sinais. Isso porque, nessas práticas, os sinais não eram entendidos como significantes de uma língua em funcionamento, mas como um código que serviria como acessório para a comunicação. Portanto, os sinais cumpriam, na realidade, o papel de apoio para compensar as dificuldades no uso da fala ou como facilitador para se chegar à língua oral. Para Ferreira-Brito (1993), ao investir no emprego de vários recursos comunicativos e no uso simultâneo da fala oral e dos sinais, a Comunicação Total

> [...] torna impraticável o uso adequado da língua de sinais, pois, seus itens lexicais, sua morfologia, sintaxe e semântica usam frequentemente expressões faciais e movimentos bucais que seriam incompatíveis com a pronúncia das palavras da língua oral (Ferreira-Brito, 1993, p. 46).

Vê-se, portanto, que o trabalho pedagógico na perspectiva da Comunicação Total parece não garantir o uso de uma língua de sinais e, consequentemente, não atingir as metas esperadas de um processo de escolarização. Assim como a abordagem Oralista, também a Comunicação Total não logrou êxito no seu objetivo de alcançar eficiência na escolarização dos alunos surdos.

Como já referi anteriormente, na década de 1960, Stokoe (1960) inicia pesquisas defendendo que as línguas de sinais eram verdadeiras línguas, visto que preenchiam em grande parte os parâmetros que a linguística de então colocava para descrever as línguas orais. Seu trabalho foi determinante para os estudos sobre a educação bilíngue. Contrapondo-se às filosofias do Oralismo e da Comunicação Total, buscou-se a filosofia bilíngue, hoje defendida por diversos autores[2] como a abordagem mais

2 Ver: Moores (1987), Fernandes (1990), Sacks (1990), Sánchez (1990), Lane (1992), Behares (1993), Ferreira-Brito (1993), Góes (1994), Trenche (1995), Góes (1996), Bouvet (1997) e Moura (1993).

eficaz e eficiente na educação de surdos. Como se sabe, o Bilinguismo é o uso de uma língua mãe (L1), a primeira língua adquirida, e o aprendizado sistemático de uma segunda língua (L2) (Zajac, 2000).

Examinando a literatura especializada, encontra-se na perspectiva do Bilinguismo a ideia de que a língua materna dos surdos é a de sinais. Essa tese é defendida por autores como Capovilla, Capovilla e Suiter (2004), Evans (2004), Felipe (1997), Fernandes (1990), Gaustad (2000), Góes (1996), Meirelles e Spinillo (2004), Singleton e demais autores (1998), Zaitseva, Pursglove e Gregory (1999), Fávero e Pimenta (2006). Nesse caso, podemos afirmar que, do ponto de vista da construção do conhecimento, a língua de sinais assume a função de instrumento de mediação para a aquisição da segunda língua, como indicam esses estudos. Tal posição é justificada por ser a Libras a língua que não apresenta barreiras para a aquisição de linguagem pelos surdos brasileiros. Assim, pressupõe-se uma naturalidade que merece ser interrogada.

As propostas metodológicas para o ensino de português para surdos

É muito comum encontrarmos na literatura trabalhos que expressam a importância da aquisição/aprendizagem da língua de sinais pelos surdos[3]. Geralmente, tais teorias são justificadas pela ideia de que a língua de sinais se constitui enquanto uma ferramenta importante e decisiva na elaboração das formações discursivas do surdo e é através dela que esse sujeito constituirá sua identidade e se posicionará na sociedade enquanto cidadão. Entende-se que a relação do sujeito com a língua é que vai produzir a diferença. Portanto, o vínculo do surdo com a língua de sinais será determinante, imperioso, essencial, única possibilidade de ele vir a assumir uma posição discursiva que não se reduza à mera reprodução, que permita inferir, modificar, produzir, criar o novo. A língua de sinais é o canal de que tais sujeitos dispõem para receber a herança cultural. Enfim, são muitas as justificativas compiladas no sentido de

3 Ver: Quadros (1997), Moura (1993), Sacks (1990) e Skliar (1998).

colocar a língua de sinais como o único e exclusivo meio de constituição do sujeito surdo.

A ideia da supremacia das línguas de sinais para os surdos é também encontrada nos estudos de Ferreira-Brito (1993) quando defende que estas são línguas naturais porque, como as línguas orais, surgiram espontaneamente como fruto da interação entre pessoas e porque, devido à sua estrutura, permitem a expressão de qualquer conceito: descritivo, emotivo, racional, literal, metafórico, concreto, abstrato. Enfim, elas permitem a expressão de qualquer significado decorrente da necessidade comunicativa e expressiva do ser humano. Então, são complexas porque dotadas de todos os mecanismos necessários aos objetivos mencionados.

São, porém, econômicas e "lógicas", porque servem para atingir todos esses objetivos de forma rápida e eficiente e até certo ponto de forma automática. Isso porque, como se trata, muitas vezes, de significados que demandam operações complexas que devem ser transmitidas prontamente em diferentes situações e contextos, seus usuários terão que se utilizarem dos mecanismos estruturais que elas oferecem de forma apropriada, sem ter que pensar e elaborar longamente sobre como atingir seus objetivos linguísticos. Também conforme Ferreira-Brito (1993), as línguas de sinais se distinguem das línguas orais porque se utilizam de um meio ou canal visual-espacial e não oral auditivo. Assim, articulam-se espacialmente e são percebidas visualmente, ou seja, usam o espaço e as dimensões que esse canal oferece na constituição de seus mecanismos "fonológicos", morfológicos, sintáticos e semânticos para veicular significados, os quais são percebidos pelos seus usuários através das mesmas dimensões espaciais.

Do ponto de vista pedagógico, a partir de uma reflexão sobre o aprendizado da escrita, Svartholm (1999) entende que a criança surda somente aprenderá a escrever ou a falar quando entrar em contato com adultos usuários competentes da língua de sinais e quando tiver oportunidade de participar de atividades linguísticas significativas com a escrita e a fala. Somente por meio da interação entre essas modalidades de língua é que o surdo pode tornar-se capaz de apreender as diferenças e usar cada língua de acordo com suas normas. No caso específico da escrita, ele deve partir de experiências com a língua que já domina, em geral a língua de sinais, para construir e desenvolver a língua escrita.

Botelho (2002) também sugere que as dificuldades dos surdos com a linguagem estão relacionadas ao uso das mesmas práticas pedagógicas vigentes na educação de crianças ouvintes. Além disso, essa autora faz uma crítica ao ensino regular, referindo que a maioria das escolas desconhece o indivíduo surdo e as consequências da surdez. Com a inclusão, as escolas comuns recebem esses alunos com muita preocupação e ressalva, principalmente porque não existe uma língua compartilhada circulando em sala de aula, condição indispensável para que os alunos se tornem letrados. Nessa perspectiva, Góes (1996) salienta que as dificuldades dos surdos para o acesso ao universo gráfico podem ou não permitir que o leitor encontre pistas para a construção do sentido, já que, em algumas ocorrências, é possível inferir mudanças necessárias à compreensão e, em outras, não há elementos suficientes para a interpretação do sentido. Assim, ela afirma que é necessário conceder um espaço efetivo à Libras no atendimento educacional do surdo.

Em outro trabalho, Góes (2000) constatou a interferência da Língua Brasileira de Sinais nas redações dos sujeitos surdos. Verificou que os textos escritos dos surdos pautados na língua de sinais não apresentavam as mesmas características dos textos de um falante de português, e sim de um sujeito falante de segunda língua. Também observou que o professor deve perceber que é possível compreender e reconstruir o sentido dos textos por meio da interação com esses sujeitos, seguindo as pistas colocadas nessas produções. A autora concluiu que as dificuldades encontradas pelos surdos, com relação à sua escrita, não são um empecilho, mas podem ser uma referência pedagógica para o trabalho com a segunda língua.

Nesse sentido, Góes (2000) corrobora com Ferreira-Brito (1993) que, ao criticar as consequências de práticas bimodais, verificou que tal modalidade é ineficiente para os surdos. Isso porque o português e a língua de sinais são muito diferentes – enquanto a primeira é oral auditiva, a segunda é visual espacial – com estruturas gramaticais distintas. Entendem essas autoras que a língua portuguesa deve ser apresentada aos surdos na sua forma escrita e não na oral. Portanto, é possível entender que, mesmo que os surdos não tenham tido a oportunidade de adquirirem a língua de sinais precocemente, é nela – e não na língua processada pelo canal auditivo-oral – que a grande maioria deles se baseia para aprender a falar, ler e escrever. Dessa forma, a interferência dos

sinais no desenvolvimento da linguagem escrita relaciona-se à aquisição de uma segunda língua. Assim, para as autoras, é imprescindível ressaltar que o surdo precisa desenvolver uma língua efetiva. Para que isso ocorra, é necessário que as experiências escolares oferecidas a ele privilegiem não apenas a língua de sinais, mas, também, os aspectos discursivos da escrita, já que esses são fundamentais para que qualquer sujeito (surdo ou ouvinte) se constitua como falante, leitor e escritor, realizando um trabalho que proporcione a reflexão sobre o uso da linguagem oral, escrita e da língua de sinais.

Cabe ressaltar, ainda, que vários estudos, como Quadros (1997), Skliar (1998) e Guarinello (2005), demonstram que os surdos, filhos de pais surdos, estão mais preparados para enfrentar a etapa escolar e apresentam melhor desempenho na leitura e na escrita, já que foram expostos a uma língua comum, ou seja, a língua de sinais. No entanto, isso não significa afirmar que o fato de tais sujeitos nascerem e se desenvolverem no seio de famílias surdas seja suficiente para que tenham um melhor desempenho acadêmico e de linguagem. Observa-se que surdos usuários de Libras, principalmente aqueles que são filhos de pais surdos e tiveram acesso à língua de sinais desde o nascimento, produzem textos em que as estruturas textuais se fazem presentes. Para Ferreira-Brito (1993, p. 3):

> a eles não faltam habilidades na utilização de estratégias que gerarão expectativas, que levarão em consideração o conhecimento prévio do mundo e do interlocutor, que permitirão uma contextualização adequada do evento narrado e, consequentemente, proporcionarão uma maior aquisição de conteúdo semântico. Assim, o material léxico gramatical será adquirido e usado funcionalmente e adequadamente, embora com especificidades estruturais orientadas por aquelas de sua língua de sinais.

Para Ferreira-Brito (1993), essas estruturas que aparecem nos textos escritos por surdos, orientadas pela estrutura da língua de sinais, não constituem um problema, já que este é perfeitamente solúvel se abordado dentro de um contexto de ensino de segunda língua. O problema que ela aponta é

> [...] o que é não ter o direito a uma língua materna e ter que adquirir uma segunda língua, postulada como primeira língua ou língua materna e ensinada com estratégias metodológicas longe de serem similares àquelas próprias de um processo de aquisição de língua materna e parecidas com aquelas que são utilizadas no ensino de segunda língua, porém, muito próximas de exercícios do tipo behaviorista? (Ferreira-Brito, 1993, p. 7).

Em relação à alfabetização das crianças surdas, Quadros (2004) sustenta que elas têm sido alfabetizadas por meio de um processo similar às crianças ouvintes que dispõem do português como língua materna. Os professores desconhecem a experiência visual surda e suas formas de pensamento que são expressas através de uma língua visual-espacial: a língua de sinais. Segundo a autora, um dos problemas que deve ser reconhecido é que a escrita alfabética da língua portuguesa, no Brasil, não serve para representar conceitos elaborados na Libras. Um grafema, uma sílaba, uma palavra escrita no português não apresentam nenhuma analogia com um fonema, uma sílaba e um vocábulo na língua de sinais brasileira, mas sim com o português falado. No intuito de suprir essa falta, as línguas de sinais apresentam uma escrita que foi desenvolvida para representar formas e movimentos num espaço definido (Stumpf, 2005).

Já para Ferreira (2003), os problemas acarretados pela modalidade espaço-visual de língua no ensino de português são infinitamente menores do que os problemas causados pela ausência de língua materna nas pessoas surdas. Nesse contexto, a autora entende que,

> [...] embora seja, incontestavelmente, reconhecido que sem uma língua materna não há ensino/aprendizado de uma segunda língua, um dos problemas, na aquisição de segunda língua, são as interferências que a língua materna faz ocorrer na estruturação e uso da segunda língua, isto é, é o 'chega p'ra lá' que a língua materna dá à segunda língua (Ferreira, 2003, p. 8).

É importante enfatizar que Ferreira (2003) é uma precursora entre os principais autores que defendem que o ensino de português para surdos deve tomar como base metodologias de ensino de segunda língua. Para a autora, a importância da aquisição da língua de sinais está atrelada

à aquisição de habilidades linguístico-interacionais que poderão auxiliar nesse processo.

A perspectiva do Interacionismo brasileiro para a escrita dos sujeitos surdos

A trajetória aqui brevemente apresentada é reveladora das múltiplas formas de abordagem da surdez e foram determinantes de práticas pedagógicas distintas. Senão, vejamos: no Oralismo, a fala é tomada como condição necessária para o acesso à escrita, uma vez que esta é entendida como uma transposição do código oral para o código gráfico. Na Comunicação Total, trata-se de criar novos meios para se chegar ao mesmo fim. A ideia de comunicação, de troca, de partilha, que permeia o discurso, não apaga a força da concepção de escrita como transposição de um código a outro, o que variam são os múltiplos recursos utilizados para se atingir esse fim. Já no Bilinguismo, mudanças são operadas no sentido de a escrita corresponder à segunda língua do surdo, uma vez que a língua de sinais é entendida como língua materna. Mais uma vez, a escrita se reduz a objeto a ser ensinado/aprendido. No intuito de interrogar o que foi exposto até aqui, pretendemos, nos parágrafos seguintes, apontar para a transformação que pode ser operada a partir da perspectiva teórica do Interacionismo Brasileiro.

Como já vimos, diversas correntes têm embasado as metodologias de ensino de português para surdos. Destacamos que todas elas, guardadas suas especificidades, têm um ponto em comum, qual seja: a escrita é sempre entendida como um objeto a ser aprendido/apreendido. Nessa perspectiva, seu papel é secundário em relação ao papel da fala e, também, ao papel dos sinais, aos quais cabe a ela representar. Em outras palavras, sustenta-se a hipótese de que a escrita é um sistema que está subordinado à fala ou à língua de sinais. Na perspectiva do grupo de pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, coordenado por Maria Francisca Lier-DeVitto e Lúcia Arantes da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), a escrita não pode ser considerada representação de um estado interno (não há interno-externo), nem da oralidade (ambas são facetas da possibilidade de relação do sujeito com a linguagem). Em síntese, os trabalhos filiados à perspectiva interacionista em Aquisição

de Linguagem, conforme definida por De Lemos (1982), não tratam a escrita como representação. Uma concepção como essa poderia subverter o modo como se tem pensado a relação do surdo com a escrita.

Assim como Lier-DeVitto e Andrade (2008), Guadagnoli (2007) e Bizio (2008), não advogo em favor da hipótese da autonomia da escrita em relação à fala ou ao gesto. Reconheço a complexidade envolvida na relação fala/língua de sinais/escrita, e acompanho Guadagnoli (2007), quando afirma que:

> Oralidade, escrita, gesto não são entidades autônomas e se o fossem, não poderiam ser relacionadas entre si: há um funcionamento em jogo – o da linguagem, que Saussure (1916) nomeou la langue e que Lacan nomeou de Outro (tesouro dos significantes), articulando, nessa expressão, la langue e uma língua – aquela que fala o sujeito e àquela a que ele se dirige para falar/escrever (Guadagnoli, 2007, p. 56).

Note-se que o que articula as diferentes modalidades de língua é o funcionamento da língua, a *la langue* de Saussure. Nessa perspectiva, também recorro a uma afirmação de Borges (2006), que subverte a concepção corrente de que a escrita é a representação da fala:

> reconhecer o funcionamento da língua possibilita que as investigações sobre a aquisição da escrita não mais reduzem à relação dual oralidade/escrita, mas sobre a relação triádica oralidade/escrita/língua. Reduzir este processo à mencionada relação dual implica não só a dicotomização dessas formas, linguagem oral e escrita, como a substancialização, de modo que a linguagem oral é tomada como referente, e a escrita, como referência, numa relação que é da ordem do signo (Borges, 2006, p. 131).

Concordando com Borges (2006), estamos diante de uma grande cilada, na qual, infelizmente, muitos têm caído ao abordarem o tema língua, escrita e surdez.

Conclusão

Ao longo deste trabalho, foram trazidos vários autores que discutem a educação de surdos e a língua de sinais de diversos prismas. Com isso, o objetivo foi analisar criticamente as diversas correntes que embasam as metodologias de ensino de português para surdos, problematizando as tensões e os impasses envolvidos na educação desses alunos. Os principais autores que apresentei foram: Góes (1994, 1996, 2000), Fernandes (1990), Trenche (1995), Lacerda (1996), Fernandes (1998), Friães (1999), Silva (2001), Botelho (2002), Guarinello (2005), que defendem a língua de sinais no processo ensino-aprendizagem do surdo; Moura (1993), que acredita na existência de uma cultura surda; Pereira (2003), que discute o ensino de língua portuguesa para surdos; Ferreira (2003), que defende a necessidade de uma metodologia de ensino de segunda língua como uma alternativa eficiente para a educação de surdos; Souza (1996), que discute a proficiência da língua de sinais pelo professor de surdos; Quadros (2004), que traz definições sobre a gramática da Libras; e Stumpf (2005), que vê na escrita da língua de sinais uma possibilidade de significação e compreensão pelo surdo do propósito da escrita de uma língua, o que, segundo ela, contribuirá para o aprendizado da escrita da língua portuguesa. Acredito que todas essas questões podem ser importantes até o momento em que encontram o seu limite teórico. Isso porque, quando atingem esse limite, tendem a entrar num "círculo vicioso", gerando um efeito de repetição.

Portanto, é premente a necessidade de se aprofundar a discussão sobre o tema, lançando mão de outros referenciais teóricos, que fujam desse "círculo vicioso". Dessa forma, para que a discussão sobre o modo de entrada do surdo no universo da escrita seja significante, é necessário produzir uma torção teórica. Com isso, quero dizer que se trata de enfrentar a densidade específica da escrita, o que implica distanciar-se da noção de representação, como assinalou Borges (2006). Entendo que nessa linha podemos trilhar novos caminhos para pensarmos a educação do surdo. Caminhos determinados por uma teoria do funcionamento da língua que permita pensar o modo de presença do surdo na escrita, a partir de um outro lugar.

Encaminhar uma discussão sobre metodologias, que envolva a articulação sujeito-língua, envolve discutir o que se concebe por língua

e, mais particularmente, por língua materna. Isso porque, nos estudos bilíngues sobre a educação de surdo, que atualmente predominam no cenário educativo, diz-se que a língua de sinais é a língua materna desse sujeito, mesmo nos casos em que ele só teve acesso a ela tardiamente. Entretanto, é possível entender a expressão "língua materna" por vias diversas.

Leite (2001, p. 268), por exemplo, considera fundamental interrogar o sintagma "língua materna", dado que a expressão indica a presença incontornável de um sujeito para quem a língua se configura como materna "qual seria a razão desta nomeação se ela não implicasse de imediato um sujeito?". Para a autora, a denominação "materna" faz referência à incidência de um efeito sujeito e marca uma distinção entre o que costumeiramente se denomina "primeira língua". Ela diz que:

> [...] é comum encontrarmos a identificação de 'língua materna' como a primeira língua, e nisto a língua falada pela mãe fazendo uma suposição de uma outra, a estrangeira, segunda; e também com a língua nacional, implicando desta forma uma identificação do falante através da língua que sustenta a unificação subentendida no conceito de nação. [Ela prossegue, afirmando que] uma língua seja identificada como 'natural', eis o mínimo para que daí se conclua que ela seja 'materna' para um falante. No entanto, isto não é suficiente para que se conclua haver uma sinonímia entre língua e 'língua materna'. Torna-se necessário cercar a especificidade do que está implicado no sintagma, a partir de uma afirmação de diferença radical entre o conjunto de propriedades que nos permite designar algo como um exemplar de língua e as propriedades que fazem uma língua materna para um falante (Leite, 2001, p. 269).

Leite (2001) se alinha a Milner (1987), quando refere haver "[...] uma incomensurabilidade entre o objeto que uma teoria linguística pode circunscrever e isto que se designa como língua materna". Nessa direção, ela afirma que "[...] enquanto materna uma língua é causa singular do sujeito, matéria fundadora de seu psiquismo. Nomear uma língua, materna, é atribuir à língua o estatuto de causação do sujeito" (Leite, 2001, p. 269). A partir disso, a autora afirma que é possível conceituar língua materna para a Psicanálise, mas para isso é necessário operar uma distinção entre

o sujeito que se estrutura pela linguagem e o sujeito tomado como suporte indispensável que qualquer teoria sobre a língua pressupõe. Esse aspecto, que subjaz o fundamento teórico das metodologias de ensino para surdos, ainda que nem sempre explicitado, deve ser levado em consideração para que novos caminhos possam ser trilhados na área da Educação de Surdos.

Referências

BEHARES, L. E. Implicações neuropsicológicas dos recentes descobrimentos na aquisição de linguagem pela criança surda. *In*: MOURA, M. C.; LODI, A. C. B.; PEREIRA, M. C. da C. (org.). *Língua de Sinais e Educação do Surdo Série de Neuropsicologia*. São Paulo: Tec Art, 1993. p. 41-55.

BIZIO, L. *Considerações sobre o ensino de língua portuguesa para surdos*. 2008. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

BORGES, S. *O quebra-cabeça*: a alfabetização depois de Lacan. Goiânia: Ed. Universidade Católica de Goiás, 2006.

BOTELHO, P. *Linguagem e letramento na educação dos surdos*: ideologias e práticas pedagógicas. Belo Horizonte: Autêntica, 2002.

BOUVET, D. *Le corps et la métaphore dans les langues gestuelles*: à la recherche des modes de production des signes. Paris: L´Hartman, 1997.

CAPOVILLA, A. G. S.; CAPOVILLA, F. C.; SUITER, I. Processamento cognitivo em crianças com e sem dificuldades de leitura. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 3, p. 449-458, 2004.

DE LEMOS, C. T. G. Sobre a aquisição da linguagem e seu dilema (pecado) original. *Boletim da Abralin*, Recife, v. 3, p. 97-126, 1982.

DIWAN, P. *Raça pura*: uma história da eugenia no Brasil e no mundo. São Paulo: Contexto, 2007.

EVANS, C. J. Literacy development in deaf students: case studies in bilingual teaching and learning. *American Annals of the Deaf*, Washington, D. C., v. 149, n. 1, p. 17-27, 2004.

FÁVERO, M. H.; PIMENTA, M. L. Pensamento e linguagem: A língua de sinais na resolução de problemas. *Psicologia*: Reflexão e Crítica, Brasília, DF, v. 19, n. 2, p. 225-236, 2006.

FELIPE, T. A. Introdução à Gramática da Libras. *In*: BRITO, L. F. (org.). *Educação especia*l: língua brasileira de sinais. Brasília, DF: MEC: SEESP, 1997. p. 81-105. (Série atualidades pedagógicas 34, v. 3).

FERNANDES, E. *Problemas linguísticos e cognitivos do surdo*. Rio Janeiro: Agir, 1990

FERNANDES, S. *Surdez e linguagens*: é possível o diálogo entre as diferenças?. 1998. Dissertação (Mestrado em Letras) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1998.

FERREIRA-BRITO, L. *Integração social e educação de surdos*. Rio de Janeiro: Babel, 1993.

FERREIRA, L. Aquisição de português escrito por surdos. *In*: FÓRUM DE EDUCAÇÃO DE SURDOS, 1., 2003, São Paulo. *Anais* [...]. São Paulo: Unisant'anna, 2003.

FRIÃES, H. M. S. *Compreensão de textos de adolescentes surdos*. 1999. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

GAUSTAD, M. Morphographic analysis as a word identification strategy for deaf readers. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, Cary, v. 5, n. 1, p. 60-80, 2000.

GÓES, M. C. R. *A linguagem escrita de alunos surdos e a comunicação bimodal*. Trabalho apresentado para concurso de livre-docência do Departamento de Psicologia Educacional, 1994, Campinas.

GÓES, M. C. R. *Linguagem, surdez e educação*. Campinas: Autores Associados, 1996.

GÓES, M. C. R.; LACERDA, C. B. F. *Surdez, processos educativos e subjetividade*. São Paulo: Lovise, 2000.

GÓES, M. C. R.; SOUZA, M.R. A linguagem e as "práticas comunicativas" entre educador ouvinte e aluno surdo. *In*: CONGRESSO INTERAMERICANO DE PSICOLOGIA, 26., 1996, São Paulo. *Anais* [...]. São Paulo: SBP, 1996.

GUADAGNOLI, C. F. *Considerações sobre fala-leitura-escrita e efeitos clínicos no atendimento de afásicos*. 2007. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

GUARINELLO, A. C.; GREGOLIN, R. M. As produções escritas de sujeitos surdos. *Revista Letras*, Curitiba, n. 65, p. 135-151, 2005.

HOFFMEISTER, R. J. Famílias, crianças surdas, o mundo dos surdos e os profissionais da audiologia. *In*: SKLIAR, C. (org.). *Atualidades da educação bilíngüe para surdos*. Porto Alegre: Mediação, 1999. p. 113-130.

LACERDA, C. B. F. *Os processos dialógicos entre aluno surdo e professor ouvinte*: examinando a construção de conhecimentos. 1996. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

LANE, H. *A máscara da benevolência*: a comunidade surda amordaçada. Tradução de Cristina Reis. Lisboa: Instituto Piaget, 1992. (Coleção, horizontes pedagógicos).

LEITE, N. V. A. Do infans ao falante o tempo para se contar. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 267-272, 2001.

LIER-DEVITTO, M. F.; ANDRADE, L. Considerações sobre a interpretação de escritas sintomáticas de crianças. *Estilos Clínicos*, São Paulo, v. 13, n. 24, p. 54-71, 2008.

MEIRELLES, V.; SPINILLO, A. G. Uma análise da coesão textual e da estrutura narrative em textos escritos por adolescents surdos. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 9, n. 1, p. 131-144, 2004.

MILNER, J.-C. *O amor da língua*. Tradução de Ângela Cristina Jesuino. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

MOORES, D. F. *Educating the deaf*: psychology, principles and practices. Boston: Houghton Miffing Company, 1987.

MOURA, M. C. A língua de sinais na educação da criança surda. *In*: MOURA, M. C.; LODI, A. C. B.; PEREIRA, M. C. da C. (org.). *Língua de Sinais e Educação do Surdo Série de Neuropsicologia*. São Paulo: Tec Art, 1993. p. 76-93.

PEREIRA, M. C. C. Papel da Língua de Sinais na aquisição da escrita por estudantes surdos. *In*: LODI, A. C. B. *et al*. (org.). *Letramento e minorias*. Porto Alegre: Mediação, 2003. p. 45-52.

QUADROS, R. M. *Educação de surdos*: a aquisição da linguagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

QUADROS, R. M. Educação de surdos: efeitos de modalidade e práticas pedagógicas. *In*: MENDES, E. G. M.; ALMEIDA, A.; WILLIAMS L. C. A. (org.). *Temas em educação especial*: avanços recentes. São Carlos: UFSCar, 2004. p. 55-61.

SACKS, O. *Vendo vozes*: uma jornada pelo mundo dos surdos. Tradução de Laura Teixeira Motta. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

SÁNCHEZ, C. M. G. *La increible y triste historia de la sordera*. Merida: CEPROSORD, 1990.

SAUSSURE, F. *Curso de Linguística Geral*. Tradução de Antônio Chelini, José Paulo Paes e Izidoro Blikstein. São Paulo: Cultrix, 2006.

SILVA, M. P. M. *A construção de sentidos na escrita do aluno surdo*. São Paulo: Plexus, 2001.

SILVA, O. M. *A epopéia ignorada*: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje. São Paulo: CEDAS, 1987.

SINGLETON, J. L. *et al*. From sign to word: considering modality constraints in ASL/English Bilingual Education. *Topics in Language Disorders*, Maryland, v. 18, n. 4, p. 16-29, 1998.

SKLIAR, C. Os estudos surdos em educação: problematizando a normalidade. *In*: SKLIAR, C. (org.). *A surdez*: um olhar sobre as diferenças. Porto Alegre: Mediação, 1998. p. 7-32.

SOUZA, R. M. A (re)constituição do objeto linguístico na interação professor-aluno. *In*: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA, 48., 1996, São Luís. *Anais* [...]. São Luís: SBP, 1996.

STEWART, D. A. Pesquisa sobre o uso de sinais na educação de crianças surdas. *In*: MOURA, M. C.; LODI, A. B. C.; PEREIRA, M. C. *Línguas de sinais e educação do surdo*. São Paulo: TecArt, 1993. p. 64-71.

STOKOE, W. C. *Sign language structure*: an outline of the visual comunication sistems of the American deaf. New York: University of Buffalo Press, 1960.

STUMPF, M. R. *Aprendizagem de escrita de língua de sinais pelo Sistema Signwriting*: Línguas de Sinais no Papel e no Computador. 2005. Tese (Doutorado em Informática na Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SVARTHOLM, K. Bilingüismo dos surdos. *In*: SKLIAR, C. (org.). *Atualidade da educação bilíngue para surdos*. Porto Alegre: Mediação, 1999. p. 38-45.

TÉLLEZ, L. R.; CALDERÓN, V. P. Una experiencia en el desarrollo de la segunda lengua. *In*: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE EDUCACION BILINGUE/BICULTURAL PARA SORDOS, 6., 2001, Santiago. *Anais* [...]. Santiago: Universidad Metropolitana de Ciências de la Educacion, 2001.

TRENCHE, M. C. B. *A criança surda e a linguagem no contexto escolar*. 1995. Tese (Doutorado em História e Filosofia da Educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

ZAITSEVA, G.; PURSGLOVE, M.; GREGORY, S. Vygotsky, sign language, and the education of deaf pupils. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, Cary, v. 4, n. 1, p. 9-15, 1999.

ZAJAC, S. *Os surdos e a Associação de Pais e Amigos dos Surdos*: um estudo de caso. 2000. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2000.

14

Clínica de Linguagem e impasses escolares de crianças com deficiência que não falam

Tatiana Lanzarotto Dudas

Introdução

Atualmente, é expressivo o número de alunos com quadros de deficiência que frequentam a escola regular, principalmente pelo movimento da inclusão escolar, o que tem exigido, da equipe escolar, uma busca de conhecimentos específicos sobre o assunto. Importante ressaltar que muitas crianças com deficiência podem ter ausência ou presença incipiente de fala oralmente articulada, o que tem se apresentado como fonte de impasse no processo de inclusão escolar e de aprendizagem propriamente dita.

Essa é a questão central que trago aqui e que possui forte relação com meu percurso como clínica de linguagem e com minha experiência em cursos de formação para profissionais da educação, de que participei como formadora.

Conta, aí, ainda, minha atuação clínica em atendimentos particulares com essas crianças. Importa dizer que tanto na atividade de formação, quanto na prática clínica, meu foco tem sido dirigido para crianças com deficiência múltipla – motoras, intelectuais, visuais – devido às síndromes genéticas, paralisia cerebral – encefalopatia crônica não evolutiva –, entre outras e que, na grande maioria das vezes, não falam oralmente.

Fato é que algumas crianças com deficiência não podem se apresentar como falantes plenos de uma língua – no caso do português – porque há impedimento orgânico para isso. Dificuldade com a fala ou a ausência dela traz consequências sérias ao estabelecimento de laço com o outro e prejudica, ou mesmo impede ganhos no processo de aprendizagem. Essa é uma situação dramática que circunscreve a questão privilegiada. Esclareço que as questões trazidas aqui são um recorte de minha tese de doutorado (Dudas, 2016) e a perspectiva teórica assumida é aquela desenvolvida no grupo de pesquisa, certificado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, do Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), coordenado pelas professoras Dr.ª Maria Francisca Lier-DeVitto e Dr.ª Lucia Arantes. São centrais: 1) o reconhecimento da "ordem própria da língua" (Saussure, 2006), sustentado no Estruturalismo Europeu por Jakobson e Benveniste e, mais recentemente, por autores como Milner (1987, 2002), De Lemos (1992, 2002); e, também, 2) o reconhecimento do sujeito do inconsciente, introduzido por Freud e avançado por Lacan.

Primeiras questões: mecanismos de exclusão

O movimento de inclusão escolar de alunos com limitações físicas e que não oralizam tem desafiado profissionais da educação, o que traz a necessidade de sua problematização. A ausência de "oralização", muito frequente em casos neurológicos graves, talvez jogue papel nesse caso: pesquisadores e profissionais podem concluir que se não há fala, o sujeito está "fora da linguagem". Essa suposição não impede que se aceite que

capacidades perceptuais e cognitivas[1] estão preservadas. Em termos teóricos, se aceita que capacidades perceptuais e cognitivas são independentes da linguagem. Nesse caso, a linguagem e seus efeitos sobre o sujeito são ignorados. Exceção, nesse quadro, é a Clínica de Linguagem, que têm encaminhado uma teorização bastante consistente, que restitui à linguagem sua força de determinação do sujeito, como discutiu Vasconcellos (1999, 2010) a respeito de crianças com paralisia cerebral e, depois Dudas (2009)[2].

Como mencionado anteriormente, tenho me interessado por uma clínica voltada às pessoas com uma "fala aprisionada" por efeito de limitações orgânicas. Assim, desafiadores para mim foram casos severos de "moradores de instituições de longa permanência". Trabalhei por mais de dez anos nesses locais e vivenciei o sentimento/sofrimento de exclusão dessas pessoas. Disso decorreu uma pesquisa de mestrado (Dudas, 2009) e artigos (Dudas, 2015; Lier-DeVitto; Dudas, 2016). Concluí nos trabalhos mencionados, por meio de Foucault (1994), que as instituições são calcadas na primazia da doença em detrimento do doente, uma vez que o olhar que guia as ações é moldado pela "doença" – no caso das instituições em que trabalhei: a paralisia cerebral (encefalopatia crônica não evolutiva). Esse modo de montagem das instituições promove o recobrimento de manifestações do sujeito de forma avassaladora (Dudas, 2009).

Minha prática como clínica de linguagem junto a pacientes institucionalizados mostrou que efeitos terapêuticos são sutis e muito lentos, na maioria dos casos. Há, por certo, problemas neurológicos e motores graves, como quadros acentuados de disfagia[3], por exemplo. Entendo,

1 Na Linguística, Chomsky deve ser indicado como diferença marcante em relação às psicologias – sendo a linguagem inata – "categorias e regras linguísticas inatas" dirigem a percepção para os "dados brutos" e realizam na massa sonora uma segmentação apropriada à língua em questão. Na Psicanálise, a linguagem "captura" o organismo e faz dele sujeito. Embora bastante diferentes, encontram-se em autores desses campos a "força determinante da linguagem sobre a percepção".

2 Refiro-me a certa Linguística: aquela que reconhece a ordem própria da língua e que pode dar margem à discussão de questões necessárias a uma clínica, como "interação", "erro" e "outro". Esse foi o caso do Interacionismo e da Clínica de Linguagem. Ver mais sobre isso em: Lier-DeVitto (1994).

3 A disfagia é uma desordem no processo de deglutição causada por doença ou trauma neurológico. Pode levar à aspiração do alimento para o pulmão ocasionando um quadro

porém, que levar em conta o ponto de vista do sujeito é não menos vital, especialmente com quem não coordena músculos e movimentos, isto é, que depende integralmente, como disse em minha dissertação, "de ser interpretado". Assim, segundo Vasconcellos (1999, p. 2), "poder considerar que há um "corpo que fala", no mínimo de movimento que lhes resta", é essencial para essas pessoas.

Mas, em instituições, o problema torna-se mais grave porque há normas a serem seguidas e o sujeito é enquadrado por elas: deve-se dar prioridade ao atendimento dos casos mais graves e não há número suficiente de profissionais para atender todos os pacientes adequadamente. Num ambiente como esses, a linguagem não emerge como questão e o sujeito fica reduzido a "objeto" de cuidados e de manipulação pelo outro. Outro efeito, que segue na mesma direção, são as relações singulares – "vínculos", como se diz nesses estabelecimentos – raramente se estabelecem porque cuidadores e voluntários visam garantir, basicamente, a higiene e a alimentação dos internos. Além disso, nem sempre são os mesmos funcionários que cuidam dos mesmos internos: há rodízio.

A rotina da instituição certamente contribui para anular expressões de singularidade. Não há espaço para isso embora sempre haja brecha para o inesperado, mesmo numa rotina rígida e de interações padronizadas. A abertura decisiva fica do lado do outro. Mas não se trata aqui de desmerecer as instituições de longa permanência: elas são importantes e cumprem um papel, porém, inegavelmente, aqueles que ali vivem foram e estão excluídos do restante da sociedade; dificilmente conseguem sair dessa "realidade paralela". Minha questão dizia respeito a como incidir nessa realidade e considerei que se poderia fazer diferença se a escuta de profissionais, cuidadores e clínicos pudesse ser outra – uma escuta que pudesse recolher e valorizar manifestações de singularidade. Afetada por uma teorização, procurei refletir sobre questões que dizem respeito à relação sujeito-linguagem que implicam a noção de escuta do outro – escuta do corpo que fala. Como se pode ver, nesse enquadre, "falar" não se reduz à emissão de sons por um sujeito – o corpo

~ de pneumonia, problemas nutricionais e de risco à saúde da pessoa. Ver mais em: Furkim e Santini (1999).

falado (significado) e falante (significante) importa. Dito de outro modo: o corpo falado fala.

Essa primeira pesquisa foi importante porque iluminou "mecanismos de exclusão" em instituições de longa permanência, que acolhem pessoas fragilizadas e que, com frequência, assumem um perfil de "depósito de pessoas dependentes". Nelas, a insistência de procedimentos "hospitalares" indica muito bem o caráter de exclusão a que elas acabam confinadas. Minha atuação junto a essas pessoas impulsionou minha atividade clínica, acadêmica e levou-me a outra, posterior, voltada para questões referentes à inclusão de pessoas com sérios problemas de fala/linguagem em escolas regulares. Em cursos que ministrei para profissionais da Educação, pude recolher em seus discursos que pessoas com limitações físicas e que não falam, embora permaneçam em sala de aula, ficam ali como meras "observadoras". Por "não falarem", supõem-se que estejam "fora da linguagem" e, na sequência, "sem capacidade" para aprender. Surpreendente, para mim, foi ter-me deparado, nesses cursos, com dizeres que me aproximaram bastante daquilo que vivi dentro de instituições de longa permanência.

É inegável que o não falar oralmente gera desconforto, mas não poder supor a essas pessoas uma condição de sujeito é o nó do problema. Problema que leva ao apagamento do fato de que se está frente a um corpo falado, que fala – aí está a fonte da exclusão a que são confinadas pessoas que não podem emitir fala oralizada (Vasconcellos, 2006, 2010). Pode-se dizer que não há escuta para um corpo que não pode sonorizar fala articulada: para movimentos corporais endereçados, gestos; para expressões faciais e vocalizações dirigidas[4].

Como disse, discuti, em trabalho anterior (Dudas, 2009), o peso das noções de patologia e de anormalidade que recai sobre pessoas impedidas de falar: elas pressionam o imaginário de profissionais, cuidadores e voluntários de instituições de longa permanência. A diferença – o estranho – do corpo do outro impede movimentos de identificação e parece ser responsável pela sustentação da ideia de anomalia/patologia, que se

4 Ressalto que os Sistemas Suplementares e Alternativos de Comunicação (SSACs) foram instituídos a partir do reconhecimento de que existem pessoas que poderão "vir a falar": há reconhecimento de uma limitação orgânica e os SSACs buscam ultrapassar esse impedimento (Vasconcellos, 2006, 2010).

expande na de fragilidade (generalizada) à pessoa com problemas motores sérios, que não falam. O problema, que disso resulta, é que, guiadas por um raciocínio típico do discurso organicista, a dependência motora desses internos ganha conotações e extensões indevidas. "Dependência física" se transmuta em "incapacidade cognitiva". Dito de outro modo, a fragilidade motora se expande para o domínio subjetivo, para a esfera do sujeito. O que pude notar é que por vértices outros, nas escolas, pode haver exclusão. A cegueira para manifestações do sujeito fica marcada no discurso de professores, coordenadores e diretores.

Impasses da inclusão escolar

Na Clínica de Linguagem, afirma-se que um clínico de linguagem deve escutar a fala mesmo se ela não é audível: só assim ele poderá dar "vez e voz" (Fonseca, 1995; Lier-DeVitto; Fonseca, 2001) a um sujeito acometido de uma limitação motora. De fato, não seria apropriado supor que circunstâncias ou estabelecimentos determinem ou definam o que é um clínico. Digamos que o que faz um clínico é a posição frente ao outro, posição que implica não saber sobre o singular que o convoca (Lier-DeVitto; Dudas, 2016).

Seguindo esse raciocínio, é possível perguntar em que posição se sustenta o professor, uma posição de saber, mas um saber que não é inflexível. A inflexibilidade da posição para sustentação do saber parece estar na base das dificuldades de acolhimento de diferenças e, especialmente, dificuldades de reconhecimento de que aquela pessoa que não tem fala oralizada, por ter um corpo organicamente prejudicado, é falante – há corpo falado, sujeito e linguagem. Fato é que certas crianças assombram os padrões estabelecidos nas escolas, colocando em xeque a tradição pedagógica de homogenia, que a escola supõe que exista.

Como, então, elevar à categoria de proposição problemática isso que aqui é assumido como a forma mais radical de exclusão: alterações ou ausência de fala articulada? Como fazer trabalhar isso que situa um sujeito na margem fronteiriça entre "uma língua e uma não-língua" (Vorcaro, 2000) e também aquilo que se designa como "ausência de fala"? As patologias de linguagem são alterações inesperadas e anômalas que se cristalizam numa fala. No que diz respeito ao próprio sujeito, deve-se

considerar o sofrimento que o falante vive na experiência terrível de ser habitado pela língua materna sem nela poder comparecer como falante. Tal situação representa uma forma de marginalização bastante particular que envolve o sentimento de estar excluído da (na) própria casa, de ser "estrangeiro" – sem de fato ser – na língua materna (Lier-DeVitto, 1994).

Ressalto aqui que excluo de minhas considerações os surdos, uma vez que levantam questões que merecem ser tratadas em trabalho dedicado à relação que têm com o outro-falante de língua oralizada (como se diz) e com a própria língua da comunidade linguística em que nasce e vive. Restrinjo-me, aqui, a outras pessoas – aquelas que nascem com prejuízos orgânicos que não estão impedidas de ouvir. O que as embaraça é a impossibilidade de se apresentar como "falantes" da língua que escutam e que habitam. Essas pessoas vivem um desencontro em si mesmas e ficam, dada sua condição, bastante dependentes da interpretação do outro, que, nem sempre sustenta a ideia de que "no corpo prejudicado" há sujeito (Vasconcellos, 1999, 2010).

A questão é que, quando frequentam escolas regulares, atendendo ao movimento de inclusão escolar, o trânsito dessas crianças que não falam não se desenvolve com leveza: elas são, com frequência, um problema declarado. Tudo se passa como se elas "não entendessem" o que se diz a elas quando, na verdade, elas é que "não são entendidas". A questão é que um "a mais" problemático se acrescenta ao corpo prejudicado e cria embaraços à identificação, produzindo esgarçamento no laço que sustenta o imaginário de semelhante – "não falar" torna-se, com frequência, traço insuportável. De todo modo, Estado e Escola emprenham-se em caminhar na direção da inclusão da multiplicidade de pessoas com "deficiências" diversas, sem, contudo, considerar mais de perto a heterogeneidade de suas necessidades. Assim, mais uma vez, homogeneízam-se o que é heterogêneo e as singularidades.

O processo de inclusão escolar e, mais propriamente dito, a participação de alunos com deficiências diversas em salas de aula, têm sido um grande desafio. O aluno com deficiência "não está previsto" na rotina escolar e pedagógica. Com limitações físicas, esse aluno é "imprevisto" nos métodos e recursos escolares que poderiam favorecer o processo de aprendizagem, até mesmo segurar um lápis, responder a questões de uma avaliação, tornam-se difíceis. Dessa maneira, em sala de aula, muitas vezes, ele acaba ficando em posição de observador. A questão

é que o professor também se sente limitado: o professor tem, de fato, dúvidas sobre como ensinar, como avaliar esse aluno, principalmente quando ele não fala. Como diz Kassar (2006, p. 122):

> Estar na escola apenas não garante acesso ao conhecimento, sendo que o trabalho com a diversidade exige a busca de diferentes soluções, para que o aluno realmente apreenda o conhecimento sistematizado. Este tem sido um dos grandes problemas de nossas escolas.

Concordo com a autora quando diz que um dos problemas centrais da escola é não saber lidar com a diversidade. Seria papel da escola já saber de antemão como lidar com essa questão, mesmo porque, entre alunos sem deficiências, há heterogeneidade. Nenhum aluno aprende da mesma maneira ou ao mesmo tempo. A inclusão escolar tem realmente sido assunto e prática difícil em escolas. Professores "reclamam" da obrigatoriedade/imposição da lei – sentem-se "inaptos", afrontados na posição de saber, que são chamados a sustentar. Fragilizados, experimentam a impotência e o fracasso de suas ações. O aluno deficiente é um "agente perturbador" na situação de ensino e colocado à margem das práticas escolares.

Além disso, é preciso considerar que o professor está mais afinado com a questão do "saber", já que aquilo que representa e que lhe é conferido pelo ideal da Escola é o desejo de transmissão de conhecimento. Nesse sentido, para ele, é mais difícil assumir a posição de "suposto saber" que define clínicas em que a linguagem é protagonista (Psicanálise e Clínica de Linguagem, por exemplo). Crianças "com deficiências" – físicas e psíquicas – pressionam a posição do professor e da escola e parece residir aí boa parte de tropeços no processo de inclusão. Crianças que falam, mas cuja fala é estranha, que não se "entende", acrescentam dificuldades. Mas, se a fala está ausente, o esgarçamento do laço se aprofunda e essas crianças se tornam um incômodo.

Voltolini (2004), em seu artigo "Psicanálise e inclusão escolar: direito ou sintoma?", vai ao encontro do que procuro discutir. Ele aborda a dificuldade de articular as dimensões jurídica e subjetiva, que a questão da inclusão escolar traz. O autor esclarece que o que hoje se entende por "inclusão escolar" teve origem e evoluções diferentes: surgiu como

política pública voltada a barrar a tendência social de exclusão do deficiente e do louco: "[...] uma vez reconhecido o direito, tratou-se daí para frente de construir os recursos para a viabilização do projeto em questão" (Voltolini, 2004, p. 93). Ainda que a questão deva ter um tratamento jurídico, diz ele, o problema reside no fato desse tratamento ter como meta agregar de forma irrefletida a heterogeneidade daquilo que visa agregar.

Pontuo aqui que embora a questão trazida por Voltolini (2004) seja outra – crianças com transtornos globais do desenvolvimento, mais especificamente os chamados "autistas" e "psicóticos" –, mesmo assim, sua discussão em torno da inclusão escolar interessa porque coloca o professor na condição de sujeito-desejante. A escola é desafiada, sem dúvida, quando crianças "não ideais" invadem esses muros, como aquelas ditas deficientes e que, ainda, não falam.

A psicanalista Mannoni (1988)[5], em seu livro *Educação impossível*, diz que a escola coloca a criança na posição de mera "ilustração" do fundamento de sua doutrina, que visa adaptação social. Já a Psicanálise segue uma linha "associal", diz ela, pois não se submete a qualquer imposição social ou ideológica, mas, ao contrário, "[...] visa propiciar ao aluno o resgate de sua condição de sujeito, aquele sujeito que deseja e que pode ser escutado" (Mannoni, 1988, p. 45).

É preciso destacar que Mannoni critica qualquer aplicação da Psicanálise na Educação, mas advoga a possibilidade de um trabalho baseado nos princípios da Psicanálise, que subvertem um saber (pedagógico, no caso):

> o paradoxo de Bonneuil é que não se pratica aí a Psicanálise (isso é concomitante à recusa da instituição); mas tudo o que aí se faz baseia-se rigorosamente na Psicanálise, à qual não se recorre como técnica de ajustamento, mas, outrossim, como subversão de um saber e de uma práxis (Mannoni, 1988, p. 16).

5 Maud Mannoni, psicanalista francesa, nasceu em 1923 e morreu em 1998. Ela fundou a Escola Experimental de Bonneuil em 1969, bem diferente do modelo convencional de educação da época, isso porque essa experiência se ancorava nos pressupostos psicanalíticos. Era um "lugar para se viver", pensado para pessoas que viviam à margem da sociedade, pessoas com psicose, deficientes. Ver mais em: Mannoni (1988)".

A autora propôs a novidade ao tratar crianças e adolescentes pela escuta, longe do procedimento que as coloca como "treináveis". Para ela, pode ser que uma criança tenha deficiência, mas além do que se ater aquilo que ela não consegue fazer, é preciso entender a relação singular dessa criança com sua mãe, por exemplo, compreendendo a relação no âmbito simbólico. Essa é a posição que tenho praticado e defendido junto a professores. Lajonquière (2009, p. 105) diz que Mannoni

> [...] soube nos lembrar que, apesar da educação trabalhar com o ideário (psico) pedagógico hegemônico, a educação precisa, também, deixar um lugar aberto ao desejo – única aposta capaz de tornar uma educação possível... Fracasso escolar não é outra coisa senão a manifestação circunscrita da não adequação contingente entre estados psicológicos infantis e o agir do adulto.

Para ele, a adesão da escola ao ideal da Psicologia que penetra as intervenções pedagógicas barra a possibilidade de a criança conquistar um lugar simbólico que habilite o usufruto "adulto" do desejo. Assim, para o autor:

> Não há fórmula para germinar o desejo nas crianças. Em outras palavras não há uma receita a ser seguida metodicamente para fabricar realidades psíquicas sujeitas à lei do desejo. Enquanto as psicologias se articulam graças à ilusão de sua possibilidade, a psicanálise não informa como se proceder em matéria educativa. Porém, a *psicanálise nos esclarece sobre aquilo que não devemos fazer*. A École de Bonneuil está, precisamente, pensada a partir dessa simples sabedoria (Lajonquière, 2009, p. 119, grifo nosso).

Nesse viés, aplicar a Psicanálise é inviável. Os autores Voltolini (2004) e Lajonquière (2009) concordam sobre a experiência de Bonneil, criada por Mannoni (1988): ali, vige "uma prática viva", que anula a ideia de que educar é modelar (que está impregnada atualmente na prática pedagógica). É preciso subverter o ideal da Educação, e a Psicanálise está no centro dessa subversão porque implica o desejo inconsciente – de educar e de aprender – que só passa pela transferência. A Psicanálise

pode afetar a Educação pelo avesso, pelo que "não se deve fazer" e não por uma via de aplicação que seria da ordem do impossível.

No caso de crianças com comprometimentos físicos severos, que também não falam, se o professor não supuser no corpo prejudicado e silencioso um sujeito desejante, ele decreta o fracasso da inclusão e fecha chances para o sujeito, que fica reduzido à deficiência. Ora, não é a deficiência, em si, que vai determinar quem é aquela pessoa – esse ponto é essencial quando se fala em inclusão. Como disse Mannoni (1988), se a pessoa com deficiência for tratada apenas pela via dos cuidados físicos, ela só terá lugar através de sua deficiência. Essencial, para mim, é como ela diz, que o desejo que conta é sempre do outro. Assim, se o outro reduz a criança deficiente e silenciosa a "objeto de cuidados" unicamente, ele decreta que ela "nada sabe" e que "nada pode".

A Clínica de Linguagem e as crianças que "não podem falar"

Minha atuação profissional junto a pessoas com deficiências levou-me a constatar que a linguagem, na grande maioria das vezes, não era uma questão, pois apenas as limitações orgânicas ocupavam a cena. Inicialmente, enunciei uma inquietação frente a tal constatação e eu entendo que o papel de um clínico de linguagem poderia ser decisivo e primordial nesse campo, caso tivesse compromisso com a linguagem, poderia ir além do apego ao orgânico e se indagar sobre "o que é um corpo"? Acompanho Vasconcellos (1999, 2006, p. 289), quando diz que:

> limitações motoras e ausência de fala oralmente articulada não são capazes de barrar, nesses sujeitos, 'olhares' e 'gestos' que, longe de serem movimentos reflexos, consistiam em gestos plenos de significação a convocar o outro a todo momento [...] para além de um corpo organicamente prejudicado, [há] um corpo falado e que fala [...] [há] um mínimo atravessado pela linguagem – 'algo' que o motor não [pode] impedir.

Para que se possa reconhecer a importância de uma posição como esta e avançar discussões clínicas sobre pessoas com limitações orgânicas,

é preciso tomar posição frente à linguagem e ao sujeito. É imprescindível, para isso, sustentar a distinção entre "ouvir" e "escutar", como já discutido: escuta/interpretação são "fenômenos linguísticos", possibilidades humanas abertas pela existência da linguagem. Já na Fonoaudiologia tradicional, permanece obscura a questão da interpretação, que, por falta de compromisso teórico com a linguagem, fixa-se num fazer preso a uma apreensão intuitiva de significados. O fonoaudiólogo deixa de lado as manifestações subjetivas do corpo falante. Interessa, portanto, entender que "[...] interpretar implica não somente dizer o que está dito, mas também, dizer o que não foi dito" (Sobrinho, 1996, p. 23; Spina-De-Carvalho, 2003). "Dizer o que não foi dito" explicitamente não é ato aleatório, já que implica redes significantes invocadas pelo acontecimento que vem de um corpo que participa do diálogo. A relevância da Psicanálise aqui é notável – Freud (2014) mostrou de forma magistral que o corpo da histérica – corpo pulsional – não coincide com corpo anatômico: o braço paralisado da histérica não tem a extensão do braço anatômico. Pois bem, o que define, então, esse "braço" que não é o anatômico: a linguagem (Catrini, 2005; Lacan, 2019).

Não há como descartar os efeitos nefastos do impedimento motor de pessoas com limitações orgânicas; seus efeitos perturbadores sobre o outro e o sofrimento causado no sujeito. Porém, grave e mortífero é abordar essas pessoas que, pela impossibilidade de falar/oralizar, são expulsas para um espaço do "fora do sentido", "fora da linguagem". Essas pessoas estão na linguagem, "ouvem" e "escutam". A orelha, propôs Saussure (2006), recolhe, passivamente, "o tesouro dos significantes". Lá, na orelha de uma pessoa com impedimentos motores, uma língua se deposita, ainda que não ganhe expressão como fala.

Vasconcellos (1999, 2010) discutiu sobre crianças com diagnóstico de paralisia cerebral. Sua discussão afetou minha reflexão, prática clínica e as atividades que tenho desenvolvido junto a profissionais da educação. A autora mostrou que a lesão cerebral e suas sequelas não são impeditivas da captura do ser pela linguagem. Partindo desse pressuposto central, ela sustenta que, num mínimo de habilidade corporal motora, havia gesto simbólico: gestos e olhares "[...] que dizem de uma presença significada, significativa e significante na linguagem" (Vasconcellos, 2010, p. 2).

Além disso, pontuo aqui a importância do uso dos Sistemas Suplementares e Alternativos de Comunicação (SSACs), recentes em âmbito mundial e que surgiram como um "facilitador" para pessoas impedidas de oralizar. São recursos que têm sido, recentemente, aliados à tecnologia[6]. Eles estão bastante difundidos no Brasil atualmente. Vasconcellos (2010) sustenta que os SSACs podem ser indispensáveis na Clínica de Linguagem, já que, em muitos casos, representam um canal de abertura para o outro-terapeuta (viabiliza a construção de falas-escritas e a materialização do significante), que registra e lê via empréstimo de seu corpo ao sujeito. Ela diz que esse "empréstimo" abre, para essas pessoas, a possibilidade do encontro entre dizeres, retirando-as da condição de dependência extrema.

Fato é que a pessoa com limitação orgânica "tem uma história que ela não pode contar; uma queixa que não pode enunciar e uma demanda que deve e precisa ser decifrada" (Dudas, 2009, p. 81). Nesse caso, o corpo é protagonista e se dirige ao outro. A história do sujeito chega por familiares e cuidadores (ou funcionários, no caso das instituições); chega como "história de segunda mão", que pode/deve ser firmada/infirmada pelo sujeito, o que é possível, como defendi em minha dissertação (Dudas, 2009). Quero dizer, com isso, que, numa Clínica de Linguagem, a "história" será recontada pelo sujeito, ao longo de anos de tratamento. O clínico de linguagem, além de interpretar os gestos corporais do paciente, aguarda sua anuência. O terapeuta empresta corpo e voz, mas aguarda o gesto de reconhecimento do sujeito.

Pois bem, história, queixa e demanda acabam ocorrendo num outro tempo em que a avaliação de linguagem se imbrica na trajetória do tratamento: no tempo em que o sujeito aparece para o outro. Esse tempo é o "momento inaugural" em que se pode decidir sobre a presença ou não de um sintoma de linguagem. Penso que o professor deva também "esperar o sujeito", antes de fechar a porta para ele na escola – inclusão, como vimos, pode acontecer dentro dos muros escolares. Essas pessoas podem ser "'chamadas a falar', com as condições de fala que tem [...]"

6 Eles são constituídos por conjuntos de signos e agrupados em duas classes: sistemas em que o próprio corpo atua para significar e sistemas que dependem do auxílio de instrumentos (uso de fotos, desenhos, ilustrações, sistemas convencionalizados ou pictográficos, entre outros).

(Fonseca, 2002, p. 260). É sempre possível esperar por uma abertura do sujeito: uma solicitação, um consentimento, que se manifesta num gesto mínimo ou num olhar. Sem isso, a pessoa só poderá aparecer como "deficiente".

Se é fato, no caso da Clínica de Linguagem, que não é qualquer teorização que pode sinalizar o caminho da escuta do clínico, que não apague a heterogeneidade e anule singularidades (Lier-DeVitto, 1994), proponho que o mesmo se aplique na Educação, no enfrentamento do processo de inclusão escolar de crianças que não falam. Entende-se, assim, a força da expressão "dar vez e voz" ao paciente. Fato é que "dar vez e voz" à pessoa com limitação motora severa não é questão simples nem na clínica e nem, tampouco, na escola. Não se pode desprezar a importância da "construção de uma zona de contato" (Vasconcellos, 2010) que possa barrar a exclusão.

Considerações finais

A inclusão de alunos com deficiência nas escolas regulares tem sido alvo de diversos debates; no entanto, procurei trazer aqui um outro viés de discussão fundamentada na Clínica de Linguagem e na Psicanálise. A questão da inclusão escolar frente a crianças organicamente prejudicadas, que não podem compartilhar de uma língua falada que é a delas, que não podem se enlaçar com o outro na língua que as habita, tem, de fato, me ocupado na vida prática e intelectual. O mistério que essas pessoas introduzem sobre sua condição de sujeito representa o problema crucial que desafia escolas e professores. Prova disso é que o "não falar" de alunos tem se transformado em demanda de saber: daí a oferta de tantos cursos e palestras sobre o assunto.

A questão é que essas crianças interrogam o saber do outro frente ao silêncio que impõem, além da dificuldade de identificação pela diferença física. A falta de semelhança em relação ao corpo do outro parece favorecer a atribuição de fragilidade geral para essas pessoas. A fragilidade motora se expande para o domínio cognitivo e para a esfera do sujeito. Nesse passo, pessoas que não podem falar sofrem uma dupla exclusão na escola: por efeito de um corpo prejudicado e do silêncio, que as marginaliza.

Para a escola, o benefício de se libertar do aprisionamento num modelo ideal de educação seria a possibilidade em apreender efeitos singulares e encaminhar uma inclusão mais consistente e efetiva, não somente em relação a uma inclusão social, mas pedagógica acima de tudo. A escola poderia caminhar em sentido contrário, no processo de inclusão, que, embora não seja fácil e nem simples, o deslocamento parece enorme, já que implica uma mudança conceitual aprofundada, mas essa é a proposta. Muito mais do que construir recursos e definir estratégias de ensino com pessoas com limitações orgânicas e que não falam, é preciso lembrar que cada caso terá um caminho individual, há uma pluralidade de casos.

A escola deverá ser a instância promotora de uma relação outra com o Outro, colocando em texto o que ainda não ganhou lugar na fala, conforme trouxe Arantes (2006). O fundamental é passar da condição de serem falados à condição de sujeito. O real do corpo afeta e a aposta é que o professor e a escola – enquanto Outro – viabilizem um canal de abertura, assim como na Clínica de Linguagem. Nesse enquadre, o uso bem conduzido de recursos de comunicação, como os SSACs – poderiam favorecer a materialização de uma fala presa no corpo (Vasconcellos, 1999, 2010). Em outras palavras, o professor poderá "escutar" a fala do aluno por meio da materialização da linguagem com o uso dos SSACs e, por consequência, avaliações e atividades escolares poderão ser realizadas, se adaptadas e ressignificadas. O aluno poderá responder através de um olhar, por meio de símbolos dos SSACs, um apontamento, um meneio de cabeça. Pode não ser a maneira como o professor tradicionalmente está habituado que os alunos participem em sala de aula, contudo, poderá ser eficaz se o professor puder enxergar mais do que a deficiência e notar que há endereçamento.

No caso de crianças com graves comprometimentos físicos e que não falam, essa "posição de escuta" desejada no outro é, sem sombra de dúvidas, primordial para o professor chegar a supor, naquele corpo prejudicado e silente, um sujeito desejante. Sem isso, ele, sem saber, decreta o fracasso da inclusão escolar – reduz a criança à sua deficiência, ao que ela não pode fazer. Como procurei discutir, não é a deficiência, em si, que determina quem é a pessoa – esse ponto é essencial quando se fala em inclusão. Conforme tratou Mannoni (1988), se a pessoa com deficiência for tratada apenas pela via dos cuidados físicos, ela só terá

lugar através de sua deficiência. Não haverá espaço para mais nada. Se admitimos, com Lacan (2019), que o desejo que conta é sempre o do outro, quando o outro reduz a criança a "objeto de cuidados" unicamente, ele assina que ela "nada sabe" e que "nada pode": a inclusão estará distante de acontecer.

Como disse, enquanto clínica de linguagem, tenho atuado em cursos, supervisões clínicas e também no atendimento e acompanhamento de questões escolares de crianças com limitações orgânicas e que não falam oralmente. Tenho procurado provocar deslocamentos e abrir espaços de escuta para os profissionais da educação, acolhendo as dúvidas de como ensinar/avaliar, discutindo e sugerindo adaptações de atividades caso a caso. E, mais do que isso, tenho sustentado junto a esses profissionais que é possível uma outra maneira de falar, mesmo na sutileza de uma movimentação corporal, de um gesto ou por meio dos símbolos dos SSACs. Quando o professor nota um endereçamento, o início de um laço pode ser feito, o que favorece o processo de aprendizagem e a inclusão escolar.

Meu percurso permitiu afirmar que a posição frente ao outro, portanto, é decisiva, seja esse outro o clínico, a família ou a escola. Abrir espaço para escuta é o ponto primordial nesses casos. Sem dúvida, a heterogeneidade de casos e de manifestações imprevisíveis são fatos que um padrão escolar não abrange. Mesmo assim, a questão do desejo não perde relevância. Se na Clínica de Linguagem a ausência de fala é um enigma, não seria diferente na escola.

Referências

ARANTES, L. Sobre a instância diagnóstica na Clínica de Linguagem. *In*: LIER-De-VITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.) *Aquisição, patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUC-SP, 2006. p. 315-330.

CATRINI, M. *A marca do caso*: singularidade e clínica de linguagem. 2005. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

DE LEMOS, C. T. G. Das viscissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, n. 42, p. 41-69, 2002.

DE LEMOS, C. T. G. Los processos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, Barcelona, v. 1, n. 1, p. 121-135, 1992.

DUDAS, T. L. CSA e institucionalização: desafios e possibilidades da clínica. *In*: CHUN, R. Y. S.; REILY, L.; MOREIRA, E. L. (org.). *Comunicação alternativa*: ocupando territórios. São Carlos: ABPEE, 2015. p. 145-156.

DUDAS, T. L. *Paralisia cerebral e institucionalização*: efeitos subjetivos e clínica de linguagem. 2009. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

DUDAS, T. L. *Problemas na linguagem e descompasso na inclusão escolar*. 2016. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

FONSECA, S. C. *Afasia*: a fala em sofrimento. 1995. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

FONSECA, S. C. *O afásico na Clínica de Linguagem*. 2002. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1994.

FREUD, S. *Obras Completas, vol. 13. Conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

FURKIM. A. M.; SANTINI, C. R. Q. S. (org.). *Disfagias orofaríngeas*. São Paulo: Pró-Fono, 1999. v. 1.

KASSAR, M. C. M. Integração/inclusão: desafios e contradições. *In*: BAPTISTA, C. R. (org.). *Inclusão e escolarização*: múltiplas perspectivas. Porto Alegre: Mediação, 2006. p. 119-126.

LACAN, J. *Os não-tolos erram / Os nomes do pai*: seminário entre 1973-1974. Porto Alegre: Ed. FI, 2019.

LAJONQUIÈRE, L. *Infância e ilusão (psico) pedagógica*: escritos de psicanálise e educação. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

LIER-DEVITTO, M. F.; DUDAS, T. L. Institucionalização de pessoas com paralisia cerebral: a difícil relação sujeito-outro-linguagem. *Revista Linguística ALFAL*, Montevidéu, v. 32, n. 1, p. 9-23, 2016.

LIER-DEVITTO, M. F.; FONSECA, S. C. Linguística, aquisição da linguagem e patologia da linguagem: relações possíveis, restrições obrigatórias. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 433-439, 2001.

LIER-DEVITTO, M. F. (org.). *Fonoaudiologia*: no sentido da linguagem. São Paulo: Cortez, 1994.

MANNONI, M. *Educação impossível*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

MILNER, J. C. *O amor da língua*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

MILNER, J. C. *Periplo estructural*. Buenos Aires: Paidós, 2002.

SAUSSURE, F. *Curso de Linguística Geral*. São Paulo: Cultrix, 2006.

SOBRINHO, A. Dizer o dito – a questão da interpretação em Fonoaudiologia. *Distúrbios da comunicação*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 23-39, 1996.

SPINA-DE-CARVALHO, D. C. *Clínica de Linguagem*: algumas considerações sobre interpretação. 2003. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

VASCONCELLOS, R. Fala, escuta e escrita nas produções de uma criança com Paralisia Cerebral. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 289-311.

VASCONCELLOS, R. *Organismo e sujeito*: uma diferença sensível nas paralisias cerebrais. 2010. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

VASCONCELLOS, R. *Paralisia cerebral*: a fala na escrita. 1999. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

VOLTOLINI, R. Psicanálise e inclusão escolar: direito ou sintoma?. *Revista Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 92-101, 2004.

VORCARO, A. O estatuto do dado linguístico como articulador de abordagens teóricas e clínicas. *Caderno de Estudos Linguísticos*, Campinas, n. 38, p. 131-137, 2000.

15

Sujeitos com PC impedidos de oralizar e a Comunicação Suplementar e Alternativa: a Clínica de Linguagem e seus efeitos

Roseli Vasconcellos

Introdução

Este trabalho pretende discutir aspectos relativos à linguagem de sujeitos impedidos de produzirem fala oralmente articulada devido ao comprometimento orgânico decorrente da Paralisia Cerebral (PC) que apresentam. Desde o início de minha prática clínica com esses sujeitos e mesmo antes dela, em estágios acadêmicos que me despertaram o desejo de atuar com eles, pude intuir que havia algo além do impedimento motor que sua condição orgânica lhes conferia.

A convicção de que havia mais além de um corpo prejudicado impedido de oralizar fez com que eu me dirigisse a questões relativas à linguagem do portador dessa patologia – a convicção de que, para além desse corpo biológico prejudicado, havia um corpo falado, que falava. Isso equivale a dizer que há aquilo que o orgânico impede (de fato), mas há o que ele não pode impedir e, no mínimo de habilidade motora que resta a esses sujeitos, esse mínimo é atravessado pela linguagem.

As questões que o portador de PC coloca, para um fonoaudiólogo, exigem a indagação "o que é um corpo?", reflexão que me parece determinante, tanto da conceituação de tal patologia, quanto das ações clínicas propriamente ditas. Ou seja, caso não se levante tal questão, as intuições de que "algo vai além do orgânico" – que certamente fonoaudiólogos têm – resultam recobertas/encobertas por teorizações alheias a essa clínica com sujeitos com PC.

Assim, intuir a existência de "algo" além do orgânico exige tratar o corpo como gesto, como presença na linguagem, como corpo atravessado pelo linguístico e pela interpretação do outro, seja ele terapeuta ou não.

Em minha dissertação de mestrado *Paralisia Cerebral: a fala na escrita* (Vasconcellos, 1999, 2006), sob a orientação da Dr.ª Maria Francisca Lier-DeVitto, defendida no Programa de Pós-Graduados em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), indiquei a questão do modo de presença de pessoas com PC na linguagem, presença que manifestava-se por meio de olhares e gestos que "ignoravam" a limitação motora: gestos e olhares diziam de uma presença significada, significativa e significante na linguagem. Tomei como ponto de partida o caso de uma menina de sete anos (S.) e, a partir de uma análise de suas produções com os Símbolos Bliss e a escrita alfabética, pude apreender, nessa escrita, a escuta dessa menina para a fala do outro nos cruzamentos entre símbolos/escrita, oralidade/escrita e escrita/escrita. Pude dizer que havia fala nas produções escritas de uma criança que não oralizava: S. tinha fala na escuta e na escrita.

Afirmar que sujeitos com PC escutam exige fazer uma distinção entre o "ouvir" e o "escutar" e assumir que essas duas instâncias não são coincidentes (Andrade, 2003; Arantes, 1994; De Lemos, 1992). "Ouvir" é da ordem do fisiológico e "escutar" envolve interpretação, um efeito de linguagem sobre o corpo. Assim, a distinção ouvir/escutar põe em cena o

fato de que organismo e sujeito são instâncias que não coincidem, não fazem um.

A discussão que aqui encaminho é tributária da teorização sobre a linguagem e sua aquisição, conforme proposta por De Lemos (1992, 2002) e pesquisadores a ela filiados e da exploração de suas consequências teóricas no campo das patologias da linguagem, tal como arregimentado e desenvolvido por Lier-DeVitto e Arantes e por pesquisadores sob sua orientação no Projeto Integrado Aquisição da Linguagem e Patologias da Linguagem, desenvolvido no LAEL da PUC-SP, em que me incluo.

A Comunicação Suplementar e Alternativa e sua implementação com sujeitos com PC

Na clínica fonoaudiológica com pacientes com PC, a linguagem é muito frequentemente apagada em favor de uma terapêutica que visa a um fazer oralizar para comunicar. Ocorre que alguns desses sujeitos com PC dificilmente poderão vir a fazê-lo por conta de uma limitação orgânica, e a oralização a que podem chegar pode não chegar a ser fala, conforme pontuou Lier-DeVitto em minha dissertação de mestrado. Naquele trabalho, afirmo que, mesmo na ausência de oralização, é possível dizer que há fala no caso desses pacientes, fala que aparece no cruzamento entre oralidade, escrita e símbolos dos chamados Sistemas Suplementares e Alternativos de Comunicação (SSACs), como procurarei mostrar aqui também. Mesmo "sem querer", quando se pensa na Comunicação Suplementar e Alternativa, supõe-se que o impedimento motor possa ser, de algum modo, ultrapassado.

No início da década de 1970, o sistema Bliss aparece como precursor dos SSACs. Ele leva o nome de seu idealizador, Charles Kasiel Bliss, que o produziu entre os anos de 1942 e 1965. Esse sistema foi introduzido, em 1971, em Toronto, na atividade clínica fonoaudiológica com portadores de PC. O chamado "sistema de comunicação" de Charles Bliss nasceu de sua filiação filosófica a Leibniz (1646-1716), que pensou a possibilidade de se criar um "alfabeto dos pensamentos humanos". Bliss inspirou-se, também, na lógica matemática e na pictografia chinesa para criar esse "alfabeto".

Segundo Bliss (1965), a linguagem é o que promove desacordos entre os homens. Ela é o germe de todo mal-entendido, *locus* de mentiras e da ilogicidade. Ela é obstáculo à comunicação. O autor não queria a "linguagem dos homens" – essa fonte de discórdias – queria uma "linguagem de anjos". Seu objetivo, digamos, messiânico e otimista não teve, contudo, êxito.

Em minha dissertação de mestrado, procurei empreender uma discussão com o intuito de mostrar que eles são feitos "fala" e que "há falante" na medida em que os símbolos desses sistemas alternativos são materiais postos em movimento pelo funcionamento da língua.

As reflexões que Bliss (1965) faz acerca da linguagem evitam ou passam ao largo da Linguística que se ocupa da "linguagem dos homens". Bliss queria uma escrita capaz de conter os desvarios da linguagem, queria conter a pluralidade de sentidos. Almejava uma língua em que só houvesse positividade, uma coleção de "símbolos satisfatórios", em outros termos, uma língua como nomenclatura.

A Linguística nasce como ciência com Saussure. Uma das afirmações desse autor é a de que a língua não é nomenclatura, ou seja, "[...] a língua não é um mecanismo criado e ordenado com vistas a conceitos a exprimir" (Saussure, 2006, p. 100). Não é "um vínculo que une um nome a uma coisa" (Saussure, 2006, p. 79). Para Saussure (2006, p. 31), "a língua é um sistema que conhece somente sua ordem própria".

"Ordem" essa que tem relação com o signo linguístico, que é outro que o da Filosofia. Ele é "radicalmente arbitrário", como assinala Gadet (1987). De acordo com Saussure (2006, p. 83), "o significante é imotivado, isto é, arbitrário em relação ao significado, com o qual não tem nenhum laço natural na realidade".

Como se vê, a "positividade" que Bliss quer em sua "língua como nomenclatura" é o oposto do que o que se tem com o "corte saussuriano": um corte que separa o signo conforme concebido na Filosofia – fonte para o pensamento de Bliss – do da Linguística.

Assim, a língua, tomada no sentido saussuriano, não oferece entidades perceptíveis à primeira vista: as unidades (os signos) não dependem apenas do conjunto de seus fonemas, elas se constituem no jogo da língua. Ou seja: "uma unidade da língua não se torna elemento real e concreto senão quando revestido de seu valor e fazendo corpo com ele" (Saussure, 2006, p. 128).

Valor difere de significação. Se não fosse assim, de acordo com Saussure (2006), a língua se reduziria a uma nomenclatura.. Na língua, um elemento só pode ser "aquilo que os outros não são". Assim é que se entende porque "a língua é um sistema de pura diferença" e "o valor de um termo será sempre determinado por aquilo que o rodeia" (Saussure, 2006, p. 135). Valores que emanam do sistema são decorrências do jogo significante, das relações ditas associativas e sintagmáticas. É ele, então, "que limita o arbitrário" (Saussure, 2006, p. 151) e que diz do "funcionamento autônomo da língua". "Autônomo" porque os princípios – relações associativas e sintagmáticas – que regem seu funcionamento são intrínsecos ao próprio sistema da língua.

Diferentemente, o sistema que Bliss queria era o de uma "álgebra do pensamento" capaz de abolir qualquer ambiguidade, falácia ou demagogia (Bliss, 1965, p. 8). Bliss queria abolir o "imprevisível" que o "sistema", em Saussure, encarna.

Os "símbolos" de tais sistemas não são, portanto, portadores de um sentido único e fixo. Eles nem falam por si, nem são imagens de coisas do mundo. Justapostos ou isolados, eles sempre pedem leitura/interpretação. Disso pode-se concluir que os "símbolos" que se apresentam nas produções linguísticas dos pacientes com PC, ou ali se justapõem, não têm valor "em si". Recuso a assunção corrente (ou inquestionada) de sua "eficácia inerente". Sua eficácia resulta do fato de serem significantes, de poderem operar como entidades linguísticas, ao serem submetidos ao "trabalho da língua" num texto e poderem, assim, vir a significar.

Dito de outra forma, os "símbolos" que o paciente indica vêm de um texto que os elege e são capturados em textos na interpretação do outro.

A implementação dos SSACs na clínica e seus efeitos: o caso de S.

Pretendemos enfocar aqui os efeitos da introdução de uma criança (S.) aos Símbolos Bliss. A impossibilidade motora de S. decorre do distúrbio neurológico que apresenta – uma PC – que a impede de oralizar e de escrever de próprio punho. No entanto, mais do que a prisão motora que S. apresenta, chama a atenção, desde o início de seu atendimento clínico e acompanhamento escolar, algo que parecia ultrapassar esse impedi-

mento orgânico. Os movimentos que S. apresentava em decorrência de sua lesão neuromotora, mesmo que restritos a olhares ou a apontar e a respostas para "sim" e "não", já revelavam um sujeito que convocava a interpretação do outro. A partir da interpretação de dados colhidos em situação clínica, evidenciou-se a presença singular de um corpo-linguagem: um corpo falado, que falava, mesmo que essa fala envolvesse outras modalidades que não a oralização.

No caso de S., a terapeuta (T.) partiu do diário que a mãe era solicitada a fazer relatando os finais de semana. Esse diário era lido em voz alta para a criança, que dava sinais de se reconhecer ali: ela ria, emitia sons ou fazia expressões faciais diversas, especialmente em algumas passagens do texto. Essas "passagens especiais" foram indicadores que levaram T. a privilegiar "símbolos" que desdobraram dizeres referentes a esse mesmo texto ou que conduziram a outros textos. Esses "símbolos" começavam a penetrar textos, a ocupar posição neles para poder vir a dizê-los.

Tais símbolos eram agrupados em forma de uma prancha acoplada à cadeira de rodas de S. Essa prancha foi se modificando no decorrer do tempo e passou a ganhar o alfabeto, números, sinais de pontuação, entre outros, além de novos símbolos Bliss, provenientes de textos familiares e escolares. Devido ao seu grave comprometimento neuromotor, a indicação dos "símbolos" por S. era realizada por meio do olhar e confirmada por meneios de cabeça (sim/não). S. dirigia o olhar para um determinado bloco de símbolos. T. percorria as colunas até que S. confirmasse, com um movimento de cabeça para "sim", a coluna que continha o símbolo que ela selecionava. A seguir, T. percorria cada símbolo dessa coluna – a isso dá-se o nome de "varredura" – até que, com um novo "sim" ela fixasse o movimento de T. em um símbolo particular.

A fim de dar visibilidade às produções de S., trago um segmento extraído de minha dissertação de mestrado. Esse recorte foi escolhido por trazer passagens que dizem da presença de fala na escrita e na escuta dessa criança que não oraliza. Nele, S. produz uma narrativa sobre a história "João e Maria" contada oralmente em sala de aula. Pedia-se aos alunos que recontassem a história por meio de símbolos ou da fala. Os enunciados produzidos pelos alunos compuseram o texto que foi registrado pelo professor, conforme a sequência a seguir. Ele foi lido pelas crianças repetidas vezes:

João e Maria

João e Maria estavam brincando.
João e Maria estavam jogando pão para os passarinhos.
A mãe deles disse:
– Não vão muito longe!
Mas eles entraram na floresta.
Eles viram uma casa feita de doces.
A casa era da bruxa.
A bruxa prendeu o João na gaiola.
Maria lavava o chão.
Maria jogou a bruxa no forno.
Maria tirou o João da gaiola.
Eles foram para casa.
O pai ficou com os filhos.
A mãe morreu.

Depois disso, T. solicitou a S., agora em situação clínica, que escrevesse a história "João e Maria". Trago aqui, para análise, a produção de S., que tinha no período sete anos e dez meses de idade.

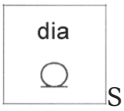
1. JUÃO E MARIA

2. JUÃO E MARIA ETEVÃO

PÃO PARA OS PASARIOS

3. COM TRARO

DOCES

4. TOCARO A CAMPARINHA A BRUXA TAMTEL A BRUXA PREMTEL O JUÃO NA GAOLA POES A MARIA TOS OS 

S LINPAVA O JANÃO

5. PUROU A BRUXA NO FORNO A MARIA TIROU O JUÃO NA GAOLA *ir casa* FICARO *pai*

FICARO

6. FICARO *feliz* PARA CEPRE

FICARO

PARA CEPRE

O que chama a atenção, nesse texto, é a presença reduzida dos símbolos Bliss e a de erros na escrita.

Em "JUÃO E MARIA ETEVÃO brincar/*jogar* PÃO PARA OS PASARIOS", S. escreve "JUÃO" por "João". O que parece ter ocorrido aí é que a fala – que está na escuta – atravessa a escrita e faz sua marca nela.

"JANÃO" parece conter tanto "chão" quanto "João", o que mostra que fala e escrita se cruzam. /š/ e /ž/ são um mesmo gesto articulatório – isso permite entender tal substituição na produção de S. Quanto à composição dissilábica de "JANÃO", pode-se levantar a hipótese de que "JUÃO" e "chão" cruzam-se na escrita e trazem consigo a composição dissilábica "JA-NÃO" na escrita.

Pode-se também levar em conta que, assim como o sinal "til", a letra "n" é marca de nasalização na escrita alfabética. Tem-se a presença de duas marcas de nasalização em "JANÃO" – o que não significa absolutamente que essa palavra seja dissilábica para S. Chamo a atenção aqui para o fato de que a imagem de um gesto articulatório não se representa diretamente na escrita – há efeito da escrita sobre a escrita. Em "JANÃO", parece haver cruzamento entre fala-escrita e entre escrita-escrita. Importante é que esses cruzamentos podem ser (e são) tortuosos – a relação fala-escrita e escrita-escrita não é direta[1].

Em português, a notação da nasalização que se faz na escrita é diversa. Ela se faz, tanto com as letras "n/m" em posição pós-vocálica e pré-consonantal[2], quanto com o acento gráfico "til". O que pode dizer que S. escreve ambos – "n" e "til" – na mesma palavra: essas marcas ainda não parecem se restringir mutuamente. De todo modo, não se pode

1 Remeto o leitor para a tese de doutorado de Sônia Borges Vieira da Mota (1995), *O quebra-cabeças da escrita: a instância da letra na aquisição da escrita*, e também para o livro publicado a partir da tese (Borges, 2006). Note-se que Mota e Borges remetem à mesma pesquisadora.

2 Em posição de final de palavra, o "m" é marca também de nasalização da vogal anterior.

dizer que "n" tenha valor da letra "n" – ele é marca de nasalização, articulada metonimicamente a "til".

São muitos os lugares em que se pode notar essa instabilidade na notação da nasalidade, instabilidade que vai desde a ausência de qualquer sinalização dela, como em "COM TRARO" ("encontrar**am**"), "TOCARO" ("tocar**am**"), "FICARO" ("ficar**am**") e "CEPRE" ("se**m**pre"), até à presença de oscilação entre "m" e "n" – que resulta em erro – como em "TAMTEL" ("ate**n**deu"), "PREMTEL" ("pre**n**deu") e "LINPAVA" ("li**m**pava"). Tudo isso não nega o fato de que *há* afetação entre fala e escrita, mas mostra, ao mesmo tempo, que *não há* relação direta fala/escrita. A escrita joga aí seu papel – ela vai afetar o modo de inscrição da fala na escrita.

Em favor dessa interpretação vêm, também, as segmentações atípicas. Exemplos são "COM TRARO", "TAMTEL", "PUROU". No primeiro caso, como no terceiro, nota-se a ausência do início das palavras que começariam por "en/em" ("**en**contraram" e "**em**purrou"). Além disso, "COM TRARO" vem segmentado. Parece que "COM" (com + x) entra aí como efeito da escrita sobre a escrita, certamente sem o valor de preposição. Já "TAMTEL" ("**a**tendeu"), em (4), encontra no final da palavra anterior "BRUXA" o "a" que lhe falta, mas que falta enquanto parte de palavra na escrita.

Outra pontuação que se pode fazer, na mesma direção, é de natureza textual. Chama a atenção a presença de "POES" ("depois"?) que parece empurrar o texto para a frente. Aparecem em "POES" e "FICARO *feliz* PARA CEPRE", dois marcadores textuais: um de sequência/continuidade, e outro de finalização, de "ponto final". Interessante também é que "FICARO *feliz* PARA CEPRE", assim como outros enunciados do texto de S., não constava do texto original – mais um modo de presença da oralidade na escrita.

Os cruzamentos múltiplos apontados na análise desse segmento de S. entre fala-escrita, escrita-fala e escrita-escrita dizem da presença de erros e, portanto, de uma mudança de posição da criança, uma vez que a escrita passa a aparecer aí maciçamente, à diferença de produções anteriores da criança, presentes em meu referido trabalho de mestrado. Já os símbolos que ainda aí comparecem, sua presença já é outra porque no interior da escrita alfabética eles parecem adquirir estatuto de significante – passam a ser lidos a partir da posição que ocupam na cadeia.

Pode-se dizer que a presença da fala na escuta e na escrita indicada pelos cruzamentos presentes nos dados aqui analisados diz de um "corpo-linguagem e, "linguagem", que impede reduzir sujeito a organismo. Quero dizer, com isso, que, segundo entendo, é a inclusão do linguístico que pode levar à superação da dicotomia "mente-corpo", ou das tentativas de atrelamento do subjetivo ao orgânico.

Em minha tese de doutorado (Vasconcellos, 2010), pude tratar a relação organismo-corpo falado trazendo o conceito de corpo pulsional que diz de um corpo passível de ser interpretado porque fala (e é falado) ainda que por outras vias que não a da oralização. Nela, tratei da heterogeneidade dos efeitos da Clínica de Linguagem com diferentes sujeitos introduzidos à Comunicação Suplementar e Alternativa que me levou a reafirmar a não coincidência entre organismo e sujeito.

Considerações finais

Neste texto, propus-me a discutir questões relativas à linguagem no caso de pacientes portadores de PC. Parti do caso de meu sujeito de pesquisa, S., que trouxe em minha dissertação de mestrado (Vasconcellos, 1999, 2006), cuja análise de dados me permitiu afirmar que, apesar da impossibilidade motora que impedia S. de oralizar, essa criança pôde mostrar que estava na linguagem por meio de suas produções com os símbolos Bliss e a escrita alfabética, que continham cruzamentos entre fala-escrita, escrita-escrita e escrita-símbolos. Essas produções diziam, portanto, da presença significada e significativa desse sujeito na linguagem, à revelia de sua impossibilidade motora de oralizar. Com Saussure (2006), afirmamos que os símbolos Bliss, presentes nos dados de S., puderam operar como significantes uma vez que foram submetidos ao trabalho da língua nas produções de S. Desse modo, pudemos atestar que, apesar da impossibilidade motora de S., em causa está um sujeito com fala na escuta e na escrita, o que nos levou a afirmar que organismo e sujeito não são instâncias coincidentes.

Referências

ANDRADE, L. *Ouvir e escutar na constituição da Clínica de Linguagem*. 2003. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

ARANTES, L. O fonoaudiólogo, esse aprendiz de feiticeiro. *In*: LIER-DEVITTO, M. F. (org.). *Fonoaudiologia*: no sentido da linguagem. São Paulo: Cortez, 1994. p. 23-37.

BLISS, C. K. *Semanthography (Blissymbolics)*: a logical writing for an illogical world. Sidney: Semanthography Publications, 1965.

BORGES, S. *O quebra-cabeça*: a alfabetização depois de Lacan. Goiânia: Ed. Universidade Católica de Goiás, 2006.

DE LEMOS, C. T. G. Das viscissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, n. 42, p. 41-69, 2002.

DE LEMOS, C. T. G. Los processos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, Barcelona, v. 1, n. 1, p. 121-134, 1992.

GADET, S. *Saussure*: une science de la langue. Paris: PUF, 1987.

Mc NAUGHTON, S. *Blissymbolics*: a short story. Ontário: Blissymbolics Communication Institute, 1978.

MOTA, S. B. V. da. *O quebra-cabeça da escrita*: a instância da letra na aquisição da escrita. 1995. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE. *Cerebral Palsy*: hope through research. Bethesda: NIH, 2013.

SAUSSURE, F. *Curso de Linguística Geral*. Tradução de Antônio Chelini, José Paulo Paes e Izidoro Blikstein. São Paulo: Cultrix, 2006.

TETZCHNER, S.; JENSEN, M. H. Introduction. *In*: TETZCHNER, S.; JENSEN, M. H. (org.). *Augmentative and Alternative Communication*: European perspectives. Londres: Whurr Publishers, 1997. p. 1-19.

TETZCHNER, S.; MARTINSEN, H. Augmentative and Alternative Communication. *In*: TETZCHNER, S.; MARTINSEN, H. (org.). *Introduction to sign teaching and the use of communication aids*. Londres: Whurr Publishers, 1992. p. 6-26.

VASCONCELLOS, R. Fala, escuta e escrita nas produções de uma criança com Paralisia Cerebral. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 289-311.

VASCONCELLOS, R. *Organismo e sujeito*: uma diferença sensível nas paralisias cerebrais. 2010. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

VASCONCELLOS, R. *Paralisia Cerebral*: a fala na escrita. 1999. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

PARTE V

Clínica de Linguagem e psicanálise

16

Entre tropeços e contradições, um sujeito que pode falar de si

Amanda Mont'Alvão Veloso Rabelo

Um falante fal(h)a

A proposta de refletir sobre a recepção desembaraçada que a Psicanálise dá à contradição[1], em contraponto à recusa verificada nos contextos do Jornalismo e do Direito, é indissociável de minha participação no Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), especificamente no grupo de pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem.

1 A investigação sobre a contradição em nossos dizeres pode ser encontrada em Rabelo (2022). O livro resulta de minha pesquisa de mestrado realizada no LAEL/PUC-SP, sob orientação da Prof.ª Dr.ª Maria Francisca Lier-DeVitto, e com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Este capítulo é uma versão modificada de trabalhos anteriores.

Realço aqui meu interesse por esse conjunto acadêmico de discussões que precisamente aborda os tropeços e "erros"[2] em falas sintomáticas de crianças e de adultos como um motor de teorização. Tal entendimento é inusitado no campo da Aquisição de Linguagem, na medida em que o que se busca é a organização sucessiva da sentença na fala da criança, eliminando tudo que concerne aos tropeços, faltas, falhas e desvios encontrados nos enunciados infantis. Exceção nesse quadro é o trabalho pioneiro de Cláudia de Lemos e de suas orientandas.

O grupo de pesquisa a que estou vinculada reconhece o fator incontornável das cristalizações sintomáticas e problemáticas na fala como indícios importantes de manifestações subjetivas relevantes. Desse modo, encontrei espaço para inclusão de minha questão sobre a contradição.

Uma criança que diz algo que não condiz com a língua constituída ganha, com a Clínica de Linguagem, centralidade na teorização. As bases teóricas fundamentais desse tão original campo advêm do diálogo com o Estruturalismo Europeu e com o Interacionismo em Aquisição de Linguagem, anteriormente mencionado na figura de sua proponente, Prof.ª Dr.ª Cláudia de Lemos.

A seguir, procurarei iluminar a natureza singular seja da proposta interacionista, com alguns textos essenciais de De Lemos (1982, 1992, 2002); seja daquela introduzida por Lier-DeVitto (1998, 2006, 2011)[3], que recebeu o título de Clínica de Linguagem.

De certo modo, ambas as propostas convergem sobre a importância dos erros, tropeços e inconsistências discursivas. Esses fenômenos são entendidos pelo Interacionismo em Aquisição de Linguagem como movimentos inerentes ao processo de constituição do falante, cuja fala se articula com a fala do outro. A Clínica de Linguagem, por sua vez, lida com a cristalização desses fenômenos, ou seja, quando eles passam a ser sintomas e deixam a criança à margem da própria fala.

2 Emprego as aspas para me referir aos erros em consonância com as reflexões trazidas por De Lemos (1982, 1992, 2002) sobre o ideal de regularização do empírico na Aquisição de Linguagem. "Erros" são dados de eleição no Interacionismo. Recomendo sobre isso a leitura do trabalho de Glória Maria Monteiro de Carvalho (1995).

3 Destaco estes como textos fundamentais de De Lemos e Lier-DeVitto, embora tenha passado por muitos outros que fazem eco nas minhas discussões.

Em 1982, no texto "Sobre aquisição de linguagem e seu dilema (pecado) original", que pode ser tomado como fundante, De Lemos aceitou o desafio de tomar como questão e enigma a fala de crianças em tempo de aquisição de sua língua materna. Resultado desse desafio foi a apresentação de uma primeira proposta cuja originalidade radical reside na eleição do erro e da presença do outro como determinante da entrada da criança na linguagem. Tal decisão passa pela crítica de que o campo da Aquisição da Linguagem "higieniza" a fala de crianças – sempre errática, cambiante e inconclusa.

Nesse campo, projeta-se gramáticas instituídas a partir da fala adulta sobre *corpora* de enunciados infantis. De Lemos assume posição singular, que assenta sua proposta na fronteira desse campo; melhor dizendo, na margem externa, já que se recusa a apagar a natureza específica da fala da criança.

Ao debruçar-se sobre os problemas de como a criança adquire a língua materna, um dilema de base, até então sem reconhecimento, foi iluminado e nomeado "pecado original" pela autora. Segundo De Lemos (1982), as investigações do psicolinguista estavam ligadas a dois compromissos inconciliáveis. De um lado, era necessário identificar e explicar as mudanças qualitativas – gênese das estruturas e categorias – que definiram o processo de aquisição. Um engajamento com a diacronia, portanto. Do outro lado, no compromisso com a sincronia, a opção dos pesquisadores era descrever a fala infantil em termos categoriais e gramaticais, procurando alinhavar momentos estáticos em uma linha sequencial de desenvolvimento, o que derrota, por princípio e logicamente, o processo admitido como sequencial da aquisição da linguagem.

De acordo com a autora, os trabalhos dedicados aos produtos linguísticos da criança, classificados em categorias como agente e objeto, nome e verbo, explicitavam que o compromisso atendido era o segundo, com a sincronia. Em observação de Teresa Lemos (2002), o campo da Aquisição faz complemento à Linguística, afastando-se, com isso, da fala turbulenta da criança.

Enfim, grande parte das manifestações da criança era ignorada e afastada da análise porque resistente aos aparatos gramaticais.

A interrogação de De Lemos (1982, p. 3) pode ser colocada de uma forma simples: se uma criança fala "bola", o que garantiria que ela estaria ciente do uso de um substantivo?

> Note-se que o diagnóstico acima se aplica à grande maioria dos investigadores desta área, os quais, embora explicitamente rejeitem uma visão inatista[4] da aquisição da linguagem, incorporam-na, implicitamente, a cada passo de sua descrição.

Segundo a autora, essa abordagem considerava que a criança tinha um saber inato sobre a língua.

É nessa hiância entre um compromisso atendido e o outro ignorado que De Lemos (1982) chamou a atenção para a higienização dos *corpora* estudados. Diante de uma fala errática de criança, lotada de dizeres inclassificáveis, os critérios gramaticais utilizados nas análises resultavam em um descarte dos dados que poderiam contestar as descrições de aquisição formuladas. Posto que a Aquisição de Linguagem é habitada por um ideal de "encontrar, nos dados de crianças, evidências de uma estruturação sentencial progressiva" (Lier-DeVitto, 1998, p. 1), quaisquer usos estranhos da linguagem só poderiam encontrar o abrigo da marginalidade.

Enquanto os erros eram colocados para fora da fala da criança, De Lemos (1982) os reintegrava a ela por permitirem iluminar a emergência da linguagem para o pequeno falante.

Ao colocar esses questionamentos, a autora assumiu um compromisso com a fala da criança, afastando-se, desse modo, do campo de Aquisição da Linguagem. O olhar passou a ser fundamentalmente dirigido para aquilo que tropeça. Sabe-se, por experiência, que a fala da criança é insólita, incongruente e oscilante: ela pode, assinala a autora, dizer e desdizer, acertar e errar numa mesma sessão de coleta. Frente a isso, a pesquisadora sublinha a natureza heterogênea da fala da criança, que inviabiliza tanto a hipótese psicológica de desenvolvimento quanto a suposição de que a aquisição da linguagem decorra de aquisições cognitivas. Toma-se distância, portanto, da noção de sujeito epistêmico.

Para De Lemos, a determinação da fala da criança é de outra ordem que não a cognitivo-gramatical.

4 Na hipótese inatista, de Noam Chomsky, o ser humano é portador de uma gramática inata.

A linguagem como estruturação

O texto fundante de 1982 produz uma reviravolta no modelo descritivo e explicativo da proposta. Ele é decisivo porque circunscreve de forma imperativa uma proposta de natureza linguística: perseguir a mudança no jogo dialógico da linguagem sobre a própria linguagem. No diálogo, o outro entra na teorização.

Entre 1982 e 1992, é notável o empenho de muitos pesquisadores ligados a essa proposta para a validação empírica dos "processos dialógicos", a metalinguagem alternativa oferecida no Interacionismo. Em 1992, processos de natureza linguística são implicados para dar conta da mudança, sem ignorar por isso o jogo dialógico. O artigo de 1992 é revolucionário na medida em que envolve mecanismos linguísticos na interpretação das falas de crianças.

Naquele ano, os enigmas referentes ao processo de estruturação da linguagem e da criança como falante receberam nova e radical roupagem teórica a partir do encontro de De Lemos com a Psicanálise de Jacques Lacan (1901-1981), e daquilo que ele retirou de sua leitura de Ferdinand de Saussure (1857-1913) e Roman Jakobson (1896-1982). A autora redefine a aquisição como estrutural: a metáfora temporal é substituída pela metáfora espacial. A aquisição da linguagem passa a ser definida como as mudanças de posição da criança na sua relação com a linguagem e também a ser concebida como um processo solidário da constituição do falante e do processo subjetivo.

O retorno a Freud feito por Lacan[5] por meio do Estruturalismo Europeu passou a dar contornos às indagações de De Lemos. Não um retorno a qualquer linguística, mas àquela de perspectiva estruturalista europeia, que é "devedora do funcionamento da língua para a sua fundação e não ao contrário, [sendo] qualquer objeto apenas efeito ou causa de estrutura" (Silveira, 2005, p. 83-84). Interessaram a De Lemos os efeitos dessa estruturação na aquisição de linguagem.

5 Foi Lacan quem recuperou as mais cruciais bases teóricas da Psicanálise por meio de seus seminários oferecidos a partir da década de 1950, estabelecendo uma crítica radical às leituras que vinham sendo feitas e inaugurando um movimento de retorno à obra de Freud.

De Saussure, por meio de Lacan, De Lemos prestigia a teoria do valor linguístico, que coloca em projeção o significante e recua o apoio nas significações.

O funcionamento linguístico proposto por Saussure (2006)[6] em dois eixos relacionais – associativo e sintagmático[7] – representados em cruz para caracterizar sua solidariedade, e posteriormente ressignificados por Jakobson (1976)[8] como metafórico e metonímico, levou De Lemos a promover uma transformação teórica relativa às formulações e reformulações presentes nos enunciados de crianças em aquisição de linguagem. A relação destas com a linguagem é governada por processos metafóricos e metonímicos, que são linguísticos.

Saussure modificou profundamente as Ciências Humanas ao demonstrar que algo se movimenta sob a cadeia falada. Em outras palavras, há uma operação ausente – não observável – que afeta o acontecimento manifesto de fala.

Em termos teóricos, Saussure (2006) introduziu, na Linguística, relações *in praesentia* e relações *in absentia* como motores do funcionamento linguístico. As relações em presença, também chamadas de sintagmáticas, se constituem a partir do alinhamento de um termo após o outro na cadeia de fala, já que o caráter linear da língua exclui a possibilidade de pronunciar dois termos simultaneamente. Elas denotam o encadeamento estabelecido entre dois ou mais termos presentes na cadeia.

Jakobson é incluído de forma notável na proposta interacionista ao propor a "função poética" como central na vida da linguagem. Importa assinalar que estamos falando em "função", e não propriamente em poesia. Trata-se de uma função que está presente, diz ele, em toda e qualquer manifestação linguística, em maior ou menor expressão, marcando, desse modo, a solidariedade entre os eixos. Tão importante quanto essa consistência argumentativa é a questão de que sempre que imperar a dominância da função poética, mais próxima a composição linguística estará da estruturação poética, em que predomina uma

6 Obra publicada originariamente em 1916.

7 Saussure (2006) estrutura a língua em dois eixos: o eixo das simultaneidades e o eixo das sucessões.

8 Obra publicada originariamente em 1954.

organização paralelística governada pela exigência de sustentação de equivalências (rítmica, sonora, estrutural).

O impacto dessa reflexão na reformulação teórica do Interacionismo, por De Lemos, passa de forma decisiva pelo trabalho de Lier-DeVitto (1998) sobre os monólogos da criança, em que a sustentação dessas produções é garantida pela prevalência da função poética. A coesão da fala da criança, ainda insólita do ponto de vista de sua coerência, é sustentada pelo jogo paralelístico, como vemos neste trecho do monólogo de Camilla, de dois anos e meio:

~

Num fala no meu nome

Num fala no teu nome

Num fala midanoni [2 vezes]

fala mianomi

fa'a mi danomi

Não fala no ...

no_me

(Lier-DeVitto, 1998, p. 166).

O que Lier-DeVitto traz à luz é o falante que fala, mas não tem escuta para o que diz – um espaço de não coincidência entre fala e escuta. É importante para o meu trabalho destacar aqui o relevo dado à noção de não coincidência, questão que é instigante para minhas questões e que me aproximou da Clínica de Linguagem.

As ideias de Saussure e Jakobson representaram para De Lemos uma maneira de simultaneamente se distanciar definitivamente do empirismo no tocante aos enfoques sociointeracionistas na aquisição de linguagem, responder pelas próprias questões e demonstrar o jogo da linguagem sobre a própria linguagem no trânsito entre os enunciados da criança e do adulto (o *já* falante). Interessa para a autora que esse trânsito é impulsionado pelo funcionamento da linguagem; melhor, por processos metaforonímicos.

Em uma das falas investigadas por De Lemos, a criança, ao afirmar "a Flávia é nananda", é interpretada pela mãe como "a Flávia está dormindo". Essa construção, se submetida às categorias gramaticais,

poderia sentenciar a fala da criança ao descarte, ao "corpo estranho irrompendo em um texto" (De Lemos, 2002) que configurava o erro. Porém, no entendimento pioneiro da autora, quando a falante substitui "está" por "é", foram costuradas relações metafóricas e metonímicas entre o termo falado e o termo substituído. A pequena coloca outro termo na cadeia, mas mantendo o seu valor.

No artigo "Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação", de 2002, no qual De Lemos detalha seu percurso acadêmico, a autora formaliza seu distanciamento não só da Psicolinguística, como também da Aquisição de Linguagem e da noção desenvolvimentista que caracterizava as pesquisas sobre o processo de aquisição. A proposta assume definitivamente uma perspectiva estruturalista: a transformação do *infans* em falante é definida em termos de uma mobilidade de posições estruturais, quer dizer, mobilidade numa estrutura explicitada em termos de relações entre criança, outro e língua.

Nas palavras da autora, na primeira posição, a dominância está centrada na relação fala da criança/fala do outro. Na segunda posição – a criança que fala é falada –, reina o vínculo entre relações internas à fala da criança pela dominância do eixo metafórico sobre o metonímico. Aqui aparecem os erros, os tropeços, as inconsistências que caracterizam falas de crianças. Na terceira posição, aparece o movimento na direção da língua constituída, na medida em que emerge a não coincidência entre aquele que fala e aquele que escuta. Dito de outro modo: emerge nas reformulações e correções o índice da cisão do sujeito entre falante e ouvinte. Mais uma vez, sublinho a importância, para meu trabalho, da não coincidência que sinaliza para a instância do desconhecimento do Eu, tão cara à Psicanálise.

Essa aproximação é explicitada pela autora pela incorporação da captura do vivo pela linguagem, em axioma de Lacan (1998). De fato, é o que podemos retirar do segmento de De Lemos (2002, p. 55) de que a criança é "[...] capturada por um funcionamento linguístico-discursivo que não só a significa como lhe permite significar outra coisa, para além do que a significou".

A Clínica de Linguagem e os embaraços sintomáticos

Como pode se constatar, a homogeneização dos dados da fala de criança na aquisição não comportava os frutos heterogêneos recolhidos pela empiria, e é justamente essa heterogeneidade que aponta para a complexidade do processo de constituição do falante. É nesse espaço que se retoma a "singularidade das manifestações linguísticas" e se afasta da ideia de um sujeito como "mero veículo expressivo do sistema" (Lier-DeVitto, 1998, p. 2).

Tomadas as expectativas quanto à aquisição de linguagem pela criança e o olhar do pesquisador direcionado para eventos bem-sucedidos da aquisição, Lier-DeVitto e Andrade (2011) colocam em destaque a idealização que dá suporte ao projeto da área de que "todo infante se tornará falante", em que pese no Interacionismo a incorporação dos erros nas considerações teóricas da proposta. De fato, os três tempos lógicos postulados por De Lemos visam responder a essa trajetória da criança, embora a autora reconheça, em 2002, que há "crianças que sucumbem" nesse percurso.

Emergem, então, considerações sobre os fracassos nesse processo. Não se trata de "fala correta" ou "fala incorreta", mas de uma outra distinção, como mostram Lier-DeVitto e Arantes (1998, p. 68):

> [...] a generalidade suposta em 'a fala da criança' encobria sua heterogeneidade e a de seus efeitos sobre o outro [...] há aquele efeito maior que institui uma diferença fundamental; um corte que separa, na generalidade imaginada em 'a fala da criança', as categorias 'normal' e 'patológico' [...]. Isso nos leva a admitir que 'a fala da criança' pode provocar a partição normal e patológico – trata-se de algo diferente da distinção 'correto vs. incorreto', 'certo vs. errado'.

Dessa forma, o investigador orientado pelo ideal da Aquisição de Linguagem não chega a interrogar os percursos onde aparecem fracassos ou impossibilidades diante da língua materna. Estes são ignorados ou afastados (Lier-DeVitto; Andrade, 2011).

Migra-se, portanto, para a esfera clínica e para as ditas "patologias da linguagem". A partir da não possibilidade de determinadas crianças

de obter sucesso com o falar é que surge a Clínica de Linguagem, atenta aos embaraços trazidos pela patologia e usualmente convocada por alterações no corpo da fala; por falas insólitas, desarranjadas, que "não passam a outra coisa" (Allouch, 1995). São as falas ditas patológicas, que obscurecem o sentido e distorcem formas regulares; elas traem a intenção do falante e complicam o diálogo. Na definição de Lier-DeVitto (2005, p. 144-145):

> A clínica de linguagem é, de fato, um espaço em que uma qualidade especial de interação é instituída pela presença de um sujeito que sofre por efeito (da escuta do outro e, muitas vezes, da própria escuta) de desarranjos em sua fala e por conta de sua condição peculiar de falante (questão subjetiva que remete a um abalo na identificação com outros falantes e a uma fratura no imaginário de controle sobre a própria fala). Portanto, a clínica é lugar em que uma demanda por mudança na linguagem e na condição de falante é dirigida ao outro terapeuta.

O sintoma é, ali, definido como um furo no tecido da linguagem (Lier-DeVitto, 2003) que faz sofrer por ser expressão "de uma fratura na ilusão de semelhante" e de um estranhamento de si (Lier-DeVitto, 2006, p. 185).

Em vez de perpetuar a divisão existente entre as falas que interessam à Aquisição de Linguagem e aquelas estudadas pelas patologias da linguagem, a Clínica de Linguagem propôs a construção de um outro espaço, um que possa acolher as questões relevantes a ambos os campos teóricos. Essa é uma proposta que frequenta o mesmo espaço teórico do Interacionismo empreendido por De Lemos na década de 1980: o de privilegiar os erros, a repetição da fala do outro e a heterogeneidade na fala de crianças.

A proposta da Clínica de Linguagem representa um aporte crítico à relação que o campo da Fonoaudiologia[9] estabelece com a Linguística e aos métodos clínicos ali encaminhados. A Fonoaudiologia aplica

9 Não é tarefa deste trabalho discutir os encontros e desencontros entre a Clínica de Linguagem e a Fonoaudiologia. Remeto os leitores às discussões sobre os procedimentos clínicos desses campos no tratamento de falas sintomáticas, presentes no livro *Aquisição, patologias e clínica de linguagem*, organizado por Lier-DeVitto e Arantes (2006).

instrumentos gramaticais para definir o patológico. Esses aparatos não podem distinguir erro de sintoma; podem, no limite, assinalar que certos enunciados não são corretos. Nesse passo, erro e sintoma são tornados homogêneos (Andrade, 2006).

A diluição de fronteiras entre a aquisição e a patologia pretendida pela Clínica de Linguagem significa que o terreno teórico que favorece a abordagem das "falas de crianças" não deixa as falas sintomáticas de fora.

Na aproximação com o Estruturalismo Europeu, um saber foi construído sobre falas sintomáticas e uma escuta clínica foi delineada – "escuta clínica" que não ignora o drama do sujeito frente à própria fala. O lucro que o diálogo com o Estruturalismo Europeu e com o Interacionismo trouxe para a abordagem de falas sintomáticas foi que mesmo insólitas, irregulares e muitas vezes ininteligíveis, elas não estão fora das leis de composição interna da linguagem, sendo produtos de relações dinâmicas entre os eixos metafórico e metonímico (De Lemos *et al.*, 2001).

Assim, na Clínica de Linguagem, inaugura-se uma escuta que leva em consideração o funcionamento de algo embaixo do enunciado (manifesto) para os efeitos dessas relações nas falas sintomáticas. Os sintomas na fala resistem, ou seja, não podem ser contornados pelo falante pois ficam expostos no tecido da fala e expõem o falante em sua falta (Fonseca, 2002).

Orientada por um ideal de homogeneidade, a ciência tende a filtrar os dados irregulares para "salvaguardar as exigências de regularidade, repetibilidade e reprodutibilidade", como diz Milner (2010, p. 7). Se o ideal de ciência afasta o investigador da teorização sobre os acidentes e fracassos que ocorrem na fala, no domínio da Clínica de Linguagem, eles adquirem lugar central.

Por definição, uma clínica recolhe acontecimentos que fogem ao esperado/desejado, como que operando na esfera do "acidente". Se pensarmos na Medicina, quadros nosográficos reúnem os sinais indicativos de que algo inquietante leva o sujeito à clínica e, ao conjugá-los, circunscrevem uma doença (Arantes, 2001). Para realizar essa anamnese, o médico dispõe de um saber sobre doenças e de um modo de proceder frente ao sofrimento e à queixa do paciente. Qualquer procedimento clínico, portanto, é guiado por um saber.

Diferentemente disso, a Clínica de Linguagem, por ser de linguagem, e por lidar com um falante em sofrimento, opera no âmbito do contingente, ou seja, a partir de um saber que deve ser mantido em suspenso para que o singular possa interrogá-lo (Arantes, 2001). Este imprevisível da singularidade evoca a clínica psicanalítica e o posicionamento de Freud ao situar, assim como Charcot, os fatos clínicos à frente da teoria (Freud, 1996)[10]. A teoria é não toda, no sentido de que pode sempre ser interrogada pelo acontecimento.

De volta à clínica médica, esse saber – milenar e sempre renovado – diz respeito ao funcionamento do organismo humano e subsidia a escuta como ato clínico, ou seja, ato de decisão sobre a doença. Arantes (2001) define essa questão ao abordar o "diagnóstico" como tempo inaugural da clínica, na medida em que aponta para a articulação saber-escuta. Ela cita o médico Piper (1973, p. 4 *apud* Arantes, 2001, p. 6), que define o diagnóstico como "o processo de reconhecer uma enfermidade e de considerar todas as explicações possíveis para uma afecção particular", sendo o "reconhecer" a possibilidade de "escutar" sinais/sintomas para circunscrever um quadro nosográfico; enquanto o "explicar" tem a ver com a causa da doença, ou seja, a remissão dos sinais a um agente etiológico responsável pelo aparecimento da doença.

Arantes (2001) permite que se conclua que, na Medicina, o recolhimento do "acidente", que suspende o bem-estar da saúde, é determinado por "um pensamento e um procedimento clínico causalistas", ou seja, o saber e a escuta são orientados pela etiologia. Nesse ambiente clínico, problemas na fala não passam de sinais de doença (Lier-DeVitto, 2006). Isso significa que a Medicina dispensa qualquer teorização sobre a linguagem e não devemos cobrar dela essa tarefa; no limite, ela utiliza segmentos de aparatos de descrição gramatical para descrever o sinal/sintoma. Se o saber e a escuta estão voltados para a doença no organismo, não só a linguagem, mas também o doente "fica entre parênteses", como afirma Foucault (1994, p. 7)[11].

10 Obra publicada originariamente em 1893.

11 Obra publicada originariamente em 1963.

Se na clínica psicanalítica a questão é a verdade do paciente; na clínica de linguagem está em causa um sofrimento que destitui um sujeito da posição de falante.

Clínicas como a psicanalítica e a de linguagem colocam a fala do paciente em lugar central. É ela que as movimenta e as mobiliza. Nessas duas clínicas, o sujeito não fica entre parênteses, mas se apresenta na e pela fala. É importante assinalar que nem em uma, nem em outra é possível estabelecer uma relação estável entre um fator etiológico (uma causa) e o sintoma na fala, pois a heterogeneidade, a imprevisibilidade e a singularidade são aspectos incontornáveis. Mesmo que uma descrição linguística possa, no caso da Clínica de Linguagem, localizar pontos de perturbação no dizer do sujeito, uma descrição – cujo caráter é objetivante – não pode considerar "o drama do sujeito" (Arantes, 2001; Fonseca, 2002) – isso, considerando-se inclusive desordens que possam ligar o sintoma na fala a um fato orgânico (lesional ou funcional ou genético).

Ao mesmo tempo em que a Psicanálise fica limitada por falas destroçadas, falas sintomáticas podem representar um limite para a clínica psicanalítica (Fonseca; Vorcaro, 2006). O trabalho realizado pela linha que estimula esta dissertação deixa evidente que as falas sintomáticas da Clínica de Linguagem não se confundem com as manifestações na fala que interrogam a Psicanálise; elas não se confundem com as formações do inconsciente, como esquecimentos, lapsos, sonhos.

Na Psicanálise, a escuta é instituída pela teorização sobre o inconsciente, essa instância que Freud (2019) define como determinante na vida psíquica. O analisando procura essa clínica em busca de um tratamento do "mal-estar na vida cotidiana", e não porque sua fala é estranha. Cabe ao analista, desde seu compromisso com o saber e a ética do inconsciente, escutar, por entre as contradições discursivas, lapsos e sonhos, as fontes do mal-estar daquele sujeito.

É curioso perceber como o cotidiano de nossas relações sociais mostra que as contradições e tropeços na fala operam funcionalmente na comunicação; porém, quando notados e/ou destacados, pesam como flagrantes de um deslize, de algo que é desviante. Tais acontecimentos podem (ou não) desabonar o dizer do falante, como é o caso da contradição. Apesar disso, o discurso prossegue.

No ambiente tão subversivo dos campos do Interacionismo e da Clínica de Linguagem, houve espaço para a produção de questões sobre os erros, tropeços e lacunas do falante. Encontrei, portanto, um lugar em que a questão da contradição pôde ganhar lugar de reflexão e teorização.

Referências

ALLOUCH, J. *Letra a letra*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1995.

ANDRADE, L. "Captação" ou "captura": considerações sobre a relação do sujeito à fala. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 201-218.

ARANTES, L. *Diagnóstico e Clínica de Linguagem*. 2001. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

CARVALHO, G. M. M. *Erro de pessoa*: levantamento de questões sobre o equívoco em aquisição da linguagem. 1995. Tese (Doutorado em Linguística) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

DE LEMOS, C. T. G. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, n. 42, p. 41-69, 2002.

DE LEMOS, C. T. G. *et al*. Le "saussurisme" en Amérique Latine au XXe siècle. *In*: CAHIERS Ferdinand de Saussure - revue suisse de linguistique générale. Genève: Librairie Droz, 2001. v. 56. p. 165-176.

DE LEMOS, C. T. G. Los processos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, Barcelona, v. 1, n. 1, p. 121-135, 1992.

DE LEMOS, C. T. G. Sobre a aquisição de linguagem e seu dilema (pecado) original. *Boletim da Abralin*, Recife, v. 3, p. 97-126, 1982.

FONSECA, S. C. *O afásico na clínica de linguagem*. 2002. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

FONSECA, S. C.; VORCARO, A. O atendimento fonoaudiológico e psicanalítico de um sujeito afásico. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 413-442.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1994.

FREUD, S. Charcot. *In*: EDIÇÃO Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 3 (1893-1899). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 21-34.

FREUD, S. *Obras Completas, vol. 4. A interpretação dos sonhos (1900)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

JAKOBSON, R. Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia. *In*: JAKOBSON, R. *Linguística e comunicação*. Tradução de Izidoro Blikstein e José Paulos Paes. São Paulo: Cultrix, 1976. p. 34-62.

LACAN, J. *O Seminário, livro 11*: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LEMOS, M. T. G. *A língua que me falta*: uma análise dos estudos em aquisição de linguagem. Campinas: Mercado de Letras, 2002.

LIER-DEVITTO, M. F. Abordagem de falas sintomáticas: sobre a condição intervalar da clínica de linguagem entre a linguística e a psicanálise. *In*: SILVEIRA, E. M. (org.). *As bordas da linguagem*. Uberlândia: EDUFU, 2011. p. 57-66.

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006.

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 65-71, 1998.

LIER-DEVITTO, M. F.; ANDRADE, L. A abordagem do erro na fala e na escrita: aquisição, alfabetização e clínica. *In*: SIMPÓSIO NACIONAL DE LETRAS E LINGUÍSTICA, 2., 2011, Uberlândia. *Anais* [...]. Uberlândia: EDUFU, 2011.

LIER-DEVITTO, M. F. Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 47, n. 1/2, p. 143-150, 2005.

LIER-DEVITTO, M. F. *Os monólogos da criança*: delírios da língua. São Paulo: EDUC: PUCSP, 1998.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da Linguagem: sobre as "vicissitudes de falas sintomáticas". *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 183-200.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da Linguagem: subversão posta em ato. *In*: LEITE, N. (org.). *Corpo e linguagem*: gestos e afetos. Campinas: Mercado da Letras: FAEP: Unicamp, 2003. p. 233-245.

MILNER, J. C. Linguística e Psicanálise. *Revista Estudos Lacanianos*, Belo Horizonte, v. 3, n. 4, 2010. Não paginado.

RABELO, A. M. V. *Inconsistências no dizer*: contradição e psicanálise. 2020. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.

RABELO, A. M. V. *Psicanálise e contradição*: o conflito na ponta da língua. São Paulo: Dialética, 2022.

SAUSSURE, F. *Curso de Linguística Geral*. São Paulo: Cultrix, 2006.

SILVEIRA, E. M. Um certo retorno à linguística pela via da psicanálise. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 47, n. 1/2, p. 83-92, 2005.

17

Entretecendo os significantes “mulher” e “palavra”

Eliane de Christo

Introdução

A escrita que proponho neste trabalho é retirada da minha tese de doutorado, intitulada *Mulher de palavra: encantada, mal dita, bem dita* (Oliveira, 2021), que se insere no grupo de pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, no Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Com essa acolhida, teve lugar um encontro com a Clínica de Linguagem e a possibilidade de um diálogo marcado pela distinção entre esse campo e o da clínica psicanalítica. Na sua diferença, a Clínica de Linguagem acolhe, em seu ambiente, a queixa do falante sobre sua fala desarranjada e a demanda de mudança, portanto, muito distinta da fala que se apresenta

na clínica psicanalítica. O que o leitor poderá ver a seguir é um recorte que privilegia o encontro com a palavra calada e a palavra que abençoa, entrelaçadas pela presença feminina que expressa com sua fala, bem dita e mal dita, a palavra que encanta e que cura.

Linhas preliminares

No centro da discussão deste trabalho está a palavra e a presença da mulher. Palavra esta que, calada, aparece no corpo, na história do sujeito, mas que se falada, pode ser bem dita, mal dita e encantar com sua eficácia. O que amarra a minha questão é a palavra que cura. Nesse sentido, a escrita que ofereço tece por linhas da minha própria vivência, marcada pelo encontro com mulheres e suas palavras, portanto, considera minha experiência anterior como alguém que escutava mulheres – embora em outros contextos.

As "histéricas" de Freud são situadas neste texto, marcando mais uma vez meu encontro com mulheres. A presença importante delas na invenção da psicanálise abre espaço na minha escrita para que eu eleve a histeria à condição de musa que não cessa de inspirar a clínica psicanalítica.

Para uma roda de conversa entre as mulheres, trago, além das histéricas, a minha avó que, com sua voz postada nas rezas de suas benzeduras, abriu meus ouvidos para a beleza das palavras encantadas. Trago também a figura da professora que me apresentou as letras soltas no quadro negro e que me acolheu em sua classe quando entrei de modo clandestino na escola. Clarice Lispector, que tenho simbolicamente como minha primeira analista, me acompanha com suas palavras a articular o que só ela pode falar.

O jornalismo como profissão permitiu novos encontros com outras mulheres, desta vez com as meninas negras em situação de rua, diante das quais me coube o silêncio e presença insistente até que pudesse escutar suas palavras secretas. Abandono, dor e vício eram os fomentadores dos códigos de sobrevivência criados por elas no espaço da rua. Com elas, aprendi que o nome de verdade se conta aos poucos quando os laços se estreitam. Suas dores me atingiam, formando sulcos e só

Clarice podia me dar suporte com sua escrita. Ela com sua Macabéa, Ana, Joana e tantas outras personagens femininas.

Outra mulher que invoco é Anália Franco (sujeito do meu mestrado), ela que era jornalista, escritora e educadora e que, na virada do século XIX para o XX, criou sua associação feminina para acolher em suas creches, escolas e oficinas, crianças pobres abandonas, independentemente de credos e raças, além de mulheres "arrependidas", entenda-se aqui: prostitutas, separadas e mães solteiras. O pensamento de Anália Franco contemplava a autonomia das mulheres, possibilitando a elas a ocupação do espaço público. Por isso, as creches: assim elas podiam trabalhar enquanto seus filhos eram cuidados. Destaco neste ponto a iniciativa contemporânea da vereadora Marielle Franco, executada em março de 2018. Ela foi autora do projeto de lei do espaço Coruja, espaço infantil noturno de atendimento à primeira infância no Rio de Janeiro.

Foi estudando Anália que pude encontrar Freud, os dois eram contemporâneos e o discurso médico atravessava o recorte histórico sobre o qual me propunha a discutir. Foi aí que as mulheres histéricas passaram a participar. O interesse pela Psicanálise foi disparado pelo fato de um médico dar a palavra ao paciente, mais precisamente à mulher. Aquilo me interrogou. Corpo e palavra da mulher ganhavam protagonismo e davam suporte para fazer nascer a Psicanálise.

A histeria como musa

Nessa perspectiva, persegui em minha tese um traçado pela invenção da Psicanálise, que, na minha análise, elegeu a histeria como musa que inspira e instiga a elaboração da teoria freudiana. Tomo, desse modo, Freud como um artista, e a mulher histérica como a que encarna a musa e porta sintomas criptografados. O deciframento desses caracteres serão fundamentais para uma leitura outra da histeria, fora do domínio da superstição e do organicismo. Se em séculos anteriores histéricas tinham sido lançadas à fogueira ou exorcizadas, como nos diz Freud, na sua época em meio às luzes, essas mesmas histéricas estavam sujeitas à maldição do ridículo. "Seu estado era tido como indigno de observação clínica, como se fosse simulação e exagero" (Freud, 1996d, p. 77).

Além de Freud, encontrei ressonância nas vozes de Elisabeth Roudinesco e de Maria Rita Kehl, das quais empresto aspas dos seus tecidos teóricos. Acompanhando a psicanalista francesa, constata-se que até aquele momento os médicos não haviam conseguido "decifrar" os corpos histéricos. Aos romancistas Flaubert e Tolstói coube dar um rosto humano à mulher histérica com suas heroínas: Emma Bovary e Anna Karenina, cuja falta de saída para a vida amorosa e o tédio no casamento as levaram ao suplício. Da magnitude do movimento social que alimentava a crise vivida pelas histéricas de Freud, nem ele próprio poderia ter se dado conta, como nos diz Maria Rita Kehl (2016). A fala das histéricas na clínica particular de Freud, denunciava justamente a falta de resposta procurada por Emma Bovary: "o que é ser uma mulher?". Essa pergunta, longe de respostas, insiste.

Suas heroínas eram possuídas por um corpo estranho, que se manifestava pelos sintomas. Diante disso que era estranho, Freud seria uma espécie de exorcista a identificar as marcas demoníacas/sintomáticas, além de fazê-las falar, de modo a liberar suas carnes do estranho habitante. No encontro com Freud e sua técnica, algumas mulheres "possuídas" pela histeria encontraram espaço de fala e de subjetivação, e, na expressão dos seus sintomas, uma leitura possível e singular. Suas histórias clínicas podem ser lidas como ficções e a escrita dos casos de histeria aproxima-se mais da escrita literária do que da científica. O leitor é conduzido para dentro da intimidade do cotidiano dessas mulheres.

Em muitas linhas da obra freudiana, encontramos a concordância que ele estabelece entre a experiência da clínica psicanalítica e a experiência literária. Essa interlocução entre os dois campos pode ser lida nisso que Freud pauta a sua teoria: na diferença entre a palavra e o que ela quer dizer, no saber e não saber ao mesmo tempo, nos contrários, de modo que ganha relevância o sentir em detrimento do entendimento.

Se em Viena, o teatro particular acontecia no privado do consultório do Dr. Freud, recebendo mulheres cultas e burguesas, Paris era o próprio palco do mundo das chamadas *maladi du feme*. Cerca de 5 mil mulheres histéricas habitavam o chão do hospital Salpètriere, onde Freud assiste às aulas de Charcot, experiência sobre a qual escreve: as "Conferências das terças-feiras". Essa clínica do olhar ficará para traz. Com a Psicanálise, nasce a clínica da escuta.

Desde que começa a escutar as mulheres histéricas, Freud busca o reconhecimento da comunidade científica, mas, curiosamente, o único prêmio que recebeu durante a sua vida foi o prêmio Goethe concedido a personalidades reconhecidas pelas suas realizações criadoras. Esse reconhecimento punha em evidência o lugar que a Psicanálise ocupava, que era distante de uma ciência aplicável e atravessada por diferentes discursos da cultura que se relacionavam entre si.

Linhas que alinhavam palavras que curam

A partir do "Tratamento psíquico (ou anímico)" (Freud, 2017), texto originariamente publicado em 1890, em que postula o poder mágico de cura das palavras desde a antiguidade, e o texto de Lévi-Strauss (2017), sobre "A eficácia simbólica", fiz uma discussão sobre a palavra e sua eficácia por meio de uma interface entre a prática da benzedura e a prática psicanalítica, respeitando as especificidades de cada uma.

Procurei marcar as diferenças entre a técnica sugestiva e a psicanalítica, apoiadas em outro texto de Freud, "Sobre psicoterapia" (Freud, 2017), publicado pela primeira vez em 1904, em que recorre ao contraste proposto por Leonardo da Vinci entre as artes da pintura e da escultura, condensadas nas fórmulas *per via de porre* e *per via di levare*. A técnica sugestiva, como nos chama a atenção Freud, opera *per via de porre*, no sentido de que "ela não se preocupa com a origem, a força e a importância dos sintomas da doença" (Freud, 1996d, p. 67). O que faz é aplicar a sugestão, como montinhos de tinta, esperando com isso que a ideia patogênica se expresse. Diferentemente, a Psicanálise vai pela via da descamação retirar e extrair, com o intuito de eliminar e não de introduzir algo novo.

A prática da benzedura ao fazer uso da sugestão tem seu efeito *per via de porre*, posicionando o sujeito doente no lugar da tela. É também o que ocorre nas curas xamânicas e que Lévi-Strauss (2017) nos conta de uma maneira tão esclarecedora, ao mesmo tempo em que faz um paralelo entre o xamã e o psicanalista. Na situação que apresenta, a palavra do xamã incide sobre o corpo de uma índia em trabalho de parto e cria condições para a simbolização das desordens orgânicas. Como atesta Lévi-Strauss (2017), a cura xamânica se situa entre a medicina orgânica

e as terapêuticas psicológicas, como a Psicanálise. Essa aproximação entre psicanalista e xamã exige prudência para que não se transforme uma homologia em operação de identidade, pois como o próprio Lévi-Strauss (2017, p. 199) afirma: "o psicanalista escuta e o xamã fala". O que retirei da sua contribuição é o que ele traz a luz: a força da palavra e a sua eficácia na cura.

Vale fazer um assinalamento de que nas práticas sugestivas quem fala durante os rituais é o xamã, o feiticeiro, a benzedeira, enquanto agentes de cura. Em uma sessão de análise, a palavra que circula é a do paciente, é daquele que procura pelo tratamento.

Abro espaço aqui para falar das benzeduras, que tem na sua centralidade a figura feminina. Parto da minha própria experiência enquanto neta de benzedeira. Na linhagem feminina da minha família, nem minha mãe, nem minhas tias fizeram parte dessa rede. Este trabalho recobre, em alguma medida, os efeitos (poéticos) que as rezas de minha avó deixaram marcadas em mim. O procedimento das suas benzeduras sustentava a eficácia simbólica. Ter testemunhado aqueles rituais de cura enlaçou-me nos ecos dos significantes das suas rezas. Ali eu permanecia silenciosa, entregando o corpo à mobilidade sonora. Minha vó desvestia-se da dona de casa e surgia com postura corporal e voz empostada, distinta daquela que eu conhecia. Reconhecida pela comunidade local como aquela que detinha um saber e poder de curar com suas rezas e simpatias, ela também prescrevia chás à base de plantas e ervas.

Apesar de suas antepassadas praticarem a benzedura, para a minha avó esse "dom" irrompeu, não foi exatamente uma escolha. Ocorreu num dia de forte temporal: "*parecia que o mundo ia acabar*", ela costumava contar. Foi ali que recebeu seu chamado à moda de Lévi-Strauss (2017). A reza que lhe veio à cabeça naquele momento de desespero, em que sua casa era descoberta pela ventania, nomeou como "na hora da tormenta".

Bendito louvado seja a *cabeça* de São Vital
Que na hora da tormenta
Com ela nos fazei pensar

Bendito louvado seja os *ouvidos* de São Vital
Que no dia da tormenta
Com eles nos fazei escutar

Bendito louvado seja os *olhos* de São Vital
Que no dia da tormenta
Com eles nos fazei olhar

Bendito louvado seja a *boca* de São Vital
Que no dia da tormenta
Com ela nos fazei abençoar

Bendito louvado seja os *braços* de São Vital
Que no dia da tormenta
Venham eles nos abraçar

Bendito louvado seja os *joelhos* de São Vital
Que no dia da tormenta
Com ele nos fazei ajoelhar

Bendito louvado seja os *pés* de São Vital
Que no dia da tormenta
Com ele nos fazei caminhar.

Na hora da tormenta, no momento de um ponto de angústia, na experiência de desamparado vem a primeira reza, que já exibe características muito próprias de uma modalidade de linguagem que marca a tradição oral e que tanto interessou aos estudos de Roman Jakobson (1976).

A repetição das estrofes e a abertura para substituições localizadas nos versos sustentam um compasso e um ritmo regulares que estão na base daquilo que em minha tese chamei de palavra encantada, uma palavra que encanta e que tem eficácia simbólica.

Desde o momento da tormenta em que ela recita a reza, todo um cenário é instituído para a sua realização, um cenário "sagrado", em que minha avó passa a receber pessoas e a realizar sua missão de cura. O "dom", efetivamente, para a minha avó, não era outro que não "*desamarrar com a língua os sofrimentos*". O dom que ela recebeu foi o "*dom da palavra*".

O tratamento dado à interpretação que ofereci para as rezas é tributário da criação teórica de Jakobson (1976), particularmente da sua "Função poética", cujo tom é dado pelas equivalências estruturais e de oposições sonoras. Acompanhando Jakobson (1976), ponho em relevo que na "Função poética" há privilégio do som sobre o significado. Disso se serve a palavra encantada.

Sintomas no corpo e no corpo da fala

Da palavra encantada caminhei em direção à palavra mal dita. A discussão que realizei enlaçou os sintomas no corpo e no corpo da fala das histéricas que frequentaram a clínica de Freud e a minha experiência com as meninas em situação de rua. Falo disso que está no centro do tratamento psíquico, da passagem dos movimentos corporais para a linguagem verbal. A cura pela fala, nesse sentido, é uma reescrita de uma ideia transformada em sintoma que, por sua vez, nada mais é do que a expressão corporal de palavras caladas.

Apresento, primeiro, os efeitos vivenciados por mim no encontro sofrido que tive com as meninas. Elas que se concentravam num lugar conhecido como a "Boca maldita", no centro da cidade de Curitiba. Neste trabalho, na "boca" das meninas a fala ostentava xingamentos. Nesse sentido, delas é que vinha a fala "mal dita". A palavra ali, embora bem dita, era maldita. Elas marcavam com a linguagem uma delimitação de território: os "de lá" e os "de cá". Se viver nas ruas era uma batalha, as palavras eram suas armas. Estando eu entre os "de fora", contava o fato de poder suportar/autorizar certos toques no corpo, nos cabelos, olhares ameaçadores e manipulação de objetos pessoais, como bolsas e carteiras. Mais que isso e exigente era poder suportar assistir à falência dessas vidas.

Se o fato de estar de fora permitia ver as meninas com corpos que se ofereciam como objeto ao olhar do outro, conforme se adentrava o seu território, fica-se diante de corpos de mulher que se desmontam, deixando ver a menina que os habita. Perdia-se assim a condição de exibição dos seus corpos como objeto: um sujeito surgia. Quero pontuar que não ousaria psicanalisar essas meninas. O que está em questão é o cenário, que trato com uma visada psicanalítica, e não mais jornalística como outrora.

Trago aqui uma mostra das suas falas abusadas no cotidiano da rua e que se faziam ouvir pela manipulação engenhosa do corpo da fala, construindo frases que perturbavam a compreensão para os "de fora".

> *Ser pé rangá um sóio e depois ser pé jega com a teresa e meu fininho que tá no galo, ser pé ser uns puxa e depois bodá. Mas, se baixar os gambé, ser pé no pinotão ser pé mocó*[1].

Exemplos como esse tinham a função de comunicação interna, de alerta contra o perigo e para se defender, sobretudo da polícia.

Se no dentro da rua permaneci como um "de fora" até que me autorizassem, essa questão foi reconfigurada num segundo momento de encontro que tive com as meninas. Elas me autorizaram e, como autoridade autorizada, pude acompanhá-las para prestarem depoimentos sobre abusos que sofriam, sobretudo de policiais. Nessa situação em que podiam falar e ser escutadas – por esse outro representando a lei –, a linguagem vinha desvestida de suas funções de arma contra o outro, desvestida de linguagem-objeto, vinha endereçada. O depoimento ganha um estatuto de testemunho e pode ser dito, na medida em que elas se dirigem a alguém que está ali para escutá-las. A fala vem mesmo de alguém que tem a condição de poder sustentar-se como sujeito do seu dizer. Havia um ganho subjetivo nessa situação: ali elas eram sujeitos e tinham a oportunidade de fazerem valer a palavra; palavra que retira tanto a linguagem quanto a menina de uma posição de objeto.

É o que também Freud faz com as mulheres histéricas, as tirando da posição de objeto, garantindo-lhes ganho subjetivo. Desse encontro nascem os "Estudos sobre a histeria" (1893-1895) (Freud, 2016), do qual me servi para uma leitura parcelar. Dada a especificidade do meu trabalho, interessou-me o sintoma que fala na sessão, seja com as "pernas que participam", seja com um tique que se intromete na conversa, seja o esquecimento da língua materna. Essas "participações", "intromissões" e esquecimentos estão nos casos analisados por Freud nos seus estudos.

Com as histéricas, Freud "aprende" a escutar o corpo e a fala dessas mulheres. Essa experiência prepara a abertura da Psicanálise, com a associação livre, com a posição do analista e, acima de tudo, com a força decisiva da palavra e com a distinção entre corpo erótico e corpo anatômico. De cada uma das suas pacientes dos casos clássicos dos

1 "*Eu vou comer um ovo de depois ir para cama com a minha coberta e meu cigarro de maconha que está na mochila, eu vou dar uns tragos e depois dormir. Mas, se a polícia chegar, saio na corrida para o esconderijo*".

"Estudos sobre a histeria": Miss Lucy, Katharina, Emmy von N., Elisabeth von R., Anna O., Freud recolhe alguma fala, expressão ou recomendação que colaborou para ampliar seu repertório de conceitos e teorização futura da Psicanálise.

As mulheres histéricas com seus sintomas deixam aparecer um corpo falante. E isso que é falante – paralisias, gagueira, por exemplo – já estava manifestado, mas foi só quando elas puderam falar e Freud pôde escutá-las, que houve a possibilidade de ressignificar os sintomas no corpo, justamente pelo uso da fala, pela palavra. No particular do seu consultório e no singular do dito de cada uma, construiu-se uma teoria na contramão do discurso que vigia.

É graças às "mulheres histéricas", suas "doentes", que Freud pode reconhecer nos seus recorrentes traços: o talento, a ambição, a delicada sensibilidade moral, a imensa necessidade de amor, a independência de sua natureza que ultrapassa o ideal feminino e se manifesta em tenacidade, obstinação e reserva.

Os relatos dos casos clínicos nos mostram que os sintomas têm relação com aquilo que é o desejo inconsciente e que se apresenta sob máscaras, de modo que a conversão é um modo de tradução no corpo de alguma coisa que afetou o sujeito. O inconsciente torce a palavra, transforma em sonho, sintoma, explora trocadilhos, converte no corpo e encontra seu equivalente na linguagem, numa expressão verbal como: nó na garganta, pontada no peito, golpe pelas costas, perder o chão, ficar parado, ficar sem palavras, afogar as mágoas, dar o braço a torcer.

Acontecimentos nunca estão sós, mas acompanhados de sensações corporais e impregnados de afeto. Só mesmo pelo recurso da fala pode se dar vazão a esse mar pulsional que necessita escoar em palavras para aliviar a exaustão que faz padecer o sujeito.

Na minha discussão, procurei colocar em destaque a relação entre corpo e fala que estão na base que solidifica a emergência da Psicanálise pelas mãos de Freud, ou melhor, pela escuta de Freud para a mulher e para a linguagem.

No caso das benzedeiras, corpo e linguagem estiveram também implicados. Procurei mostrar que a eficácia da cura passa pela palavra encantada e pela montagem de um cenário (um *setting*).

Não pretendi com isso aproximar Freud das benzedeiras, mas apenas iluminar o poder da palavra, num caso e noutro. No caso das meninas

de rua, escapar dos perigos passava também pela construção de um código – vidas amaldiçoadas, corpos devastados e palavras duras, codificadas. Silenciamento.

Acabamentos: conferindo os avessos

Mas "silenciamento" não é a palavra com a qual quis encerrar a tessitura da minha tese. Quis das minhas linhas enlaçar-me nesse campo semântico e emprestei do bordado seus "acabamentos" e conferi os avessos em minhas considerações finais. Invoquei Clarice Lispector e seu léxico abissal que contempla a dor de ser mulher, de não caber toda num corpo. Chamei sua Macabéa, que, em *A hora da estrela* (Lispector, 1999), denuncia o estado de emergência e de calamidade pública. Macabéa, uma moça nordestina, é a protagonista que ao sentir fome antes de dormir alucinava coxa de vaca, mas mastigava mesmo era papel, bem mastigadinho. Talvez a nordestina já tivesse chegado à conclusão de que vida incomoda bastante, alma que não cabe bem no corpo, mesmo alma rala como a sua.

Clarice precisa falar da nordestina para não sufocar. Então ela nos recomenda: "cuidai dela porque meu poder é só mostrá-la para que vós a conheçais na rua, andando de leve por causa da esvoaçada magreza" (Lispector, 1999, p. 7).

Clarice recomendou, mostrou e eu conheci outras como essa nordestina. Fiquei para sempre alertada por suas palavras, e, assim, mesmo que eu me distraia, essa presença magra e anônima de Macabéa estala seus dedos e me desperta.

Devo contar, Clarice, que o estado de urgência e de calamidade pública se acentuou – estávamos em 2021 em plena pandemia da covid-19 e às voltas com a negligência do governo Bolsonaro. O número de óbitos passava de 700 mil, no Brasil. Bem mais de um *Mineirinho* é morto por dia e, pasme, alguns com mais de 13 tiros. Marielle Franco[2] morreu com

2 Mais de seis anos e sete meses após a execução da vereadora Marielle Franco e do motorista Anderson Gomes, foram a júri Ronnie Lessa e Élcio de Queiroz, em 30 e 31 de outubro de 2024, no Rio de Janeiro. Ambos foram condenados por homicídio doloso qualificado. Lessa foi condenado a 78 anos e nove meses de prisão, enquanto Queiroz recebeu uma pena de 59 anos e oito meses. Além disso, os réus foram condenados a pagar indenização às famílias das vítimas. O julgamento e a sentença foram amplamente noticiados

quatro, o que não ameniza a situação. Defensora dos direitos humanos, foi eleita vereadora em 2016, mas em menos de dois anos calaram concretamente sua voz e tombaram seu corpo. Era mulher e negra, assim como as "Macabéas" que conheci. No dia em que Marielle foi morta, vi morrer junto a esperança de que as "minhas" meninas pudessem ter sobrevivido.

Meu esforço ao longo da minha escrita foi o de entretecer fios em torno dos significantes: mulher e palavra, mas, sobretudo, foi uma tentativa de reparação em torno do silenciamento delas e de outras tantas mulheres que foram e são submetidas; tanto as que me antecederam, quanto as contemporâneas, ou mesmo as inúmeras vítimas de feminicídio.

Vistas de hoje, as minhas vivências atravessadas pela presença de diferentes mulheres dão sentido ao que acabo de escrever e à minha posição como analista, à escolha pela Psicanálise, uma escolha que foi se anunciando aos poucos no encontro com cada palavra: encantada, mal dita, bem dita.

Fecho este texto, mas mantenho aberta a marca que persiste em torno do tema da mulher e da palavra.

Referências

FREUD, S. A etiologia da histeria. *In*: EDIÇÃO Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 3 (1893-1899). Rio de Janeiro: Imago, 1996a. p. 189-214.

FREUD, S. Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. *In*: EDIÇÃO Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 1 (1886-1889). Rio de Janeiro: Imago, 1996b. p. 207-221.

FREUD, S. *Amor, sexualidade, feminilidade*. Tradução de Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

~ e celebrados como um passo importante na busca por justiça para as vítimas e suas famílias. O deputado federal Chiquinho Brazão (ex-União Brasil); seu irmão, o conselheiro do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro, Domingos Brazão, e o delegado Rivaldo Barbosa, à época chefe da Polícia Civil fluminense, foram apontados pela investigação da Polícia Federal como o responsável pela trama. No entanto, não se pode dizer que houve um desfecho completo sobre o caso.

FREUD, S. Cinco lições de Psicanálise. *In*: EDIÇÃO Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 11 (1910). Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. p. 27-66.

FREUD, S. *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Tradução de Claudia Dornbusch. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

FREUD, S. Histeria. *In*: EDIÇÃO Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 1 (1886-1889). Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. p. 77-94.

FREUD, S. *Obras Completas, vol. 13.* Conferências introdutórias à psicanálise *(1916-1917)*. Tradução de Sergio Tellaroli. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

FREUD, S. *Obras Completas, vol. 2.* Estudos sobre a histeria (1893-1895). Tradução de Laura Barreto. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. *In*: EDIÇÃO Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 12 (1911-1913). Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. p. 125-133.

FREUD, S. Um caso de cura pelo hipnotismo. *In*: EDIÇÃO Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. 1 (1886-1889). Rio de Janeiro: Imago, 1996f. p. 159-171.

JAKOBSON, R. Linguística e poética. *In*: JAKOBSON, R. *Linguística e comunicação*. Tradução de Izidoro Blikstein e José Paulos Paes. São Paulo: Cultrix, 1976. p. 150-207.

KEHL, M. R. *Deslocamento do feminino*: a mulher freudiana na passagem para a modernidade. São Paulo: Boitempo, 2016.

LÉVI-STRAUSS, C. A eficácia simbólica. *In*: LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. Tradução de Beatriz Perrone-Moisés. São Paulo: Ubu Editora, 2017. p. 186-204.

LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: FAPESP, 2006.

LIER-DEVITTO, M. F. Delírios da língua: o sentido linguístico (e subjetivo) dos monólogos da criança. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: FAPESP, 2006. p. 79-95.

LIER-DEVITTO, M. F. Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 47, n. 1/2, p. 143-150, 2005.

LIER-DEVITTO, M. F. *Os monólogos da criança*: delírios da língua. São Paulo: EDUC: PUCSP, 1998.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da linguagem: sobre as "vicissitudes de falas sintomáticas". *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: FAPESP, 2006. p. 183-200.

LISPECTOR, C. *A hora da estrela*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

LISPECTOR, C. Água viva. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

OLIVEIRA, E. C. *Anália Franco e a Associação Feminina Beneficente e Instrutiva*: ideias e práticas educativas para a criança e para a mulher (1870-1920). 2007. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade São Francisco, Itatiba, 2007.

OLIVEIRA, E. C. *Eu e a rua*. 1991. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Jornalismo) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 1991. Videodocumentário.

OLIVEIRA, E. C. *Mulher de palavra*: encantada, mal dita, bem dita. 2021. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

ROUDINESCO, E. *História da psicanálise na França*: a batalha dos cem anos v. 1: 1885-1939. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

ROUDINESCO, E. *Sigmund Freud na sua época e em nosso tempo*. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

VIVER, J. *Revelations*: iconography of the Salpêtrière: Paris 1875-1918: iconografia de la Salpêtrière. Paris [1875-1918]. Barcelona: Editorial RM, 2015.

18

Discurso médico e diagnósticos *on-line*

Ana Augusta Monteiro

Introdução

Na clínica psicanalítica, é comum receber pessoas que, tendo recolhido um diagnóstico *on-line*, têm plena confiança no saber retirado da máquina. Elas chegam e anunciam seu diagnóstico, o que configura uma situação bastante paradoxal, na medida em que a pessoa procura um clínico e já chega com um diagnóstico definido. Diagnóstico esse, recolhido em serviços de pesquisa *on-line*, sem nenhuma interação com um médico.

Neste trabalho, trago uma discussão crítica sobre o fenômeno, relativamente recente, das pesquisas sobre diagnósticos na internet, as implicações de um diagnóstico fora da instância clínica e suas consequências na vida contemporânea[1].

1 Esta discussão pode ser aprofundada em MONTEIRO, A. A. F. *Diagnóstico online: quando a internet substitui a clínica*. São Paulo: Dialética,

Minhas questões sobre a aderência dos usuários aos diagnósticos on-line, sem nenhuma consulta a um clínico, foram acolhidas e puderam ser desenvolvidas no Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), no grupo de pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem.

Nesse espaço de discussão, questões teórico-clínicas são abordadas de forma aprofundada e consistente, em especial aquelas ligadas ao diagnóstico de linguagem e ao tratamento propriamente dito e foi nele que encontrei uma reflexão sobre a problemática do diagnóstico que conduzia de forma cuidadosa uma explicitação da natureza do diagnóstico médico e de sua radical oposição a um diagnóstico de linguagem. Essas discussões atravessam a grande maioria dos trabalhos da linha[2] e muito especialmente o trabalho de Lúcia Arantes (2001, 2006), *Diagnóstico e Clínica de Linguagem*, em que uma discussão focal sobre o diagnóstico é desenvolvida. As discussões sobre diagnóstico foram cruciais para minha aproximação da ideia de que apenas um campo clínico em que a doença – e não o doente – é central, poderia ter lugar no espaço da internet.

A reflexão que se desenvolveu contou com a carência surpreendente de estudos sobre o assunto, sendo ela, ainda, conduzida por questões atinentes à área médica. Foi, com base, em autores da Filosofia como Foucault (1994), da Linguística como Saussure (2006) e da Psicanálise como Lacan (1998) e Clavreul (1983) que foi possível se fazer trabalhar a questão sobre diagnósticos *on-line* e seus efeitos sobre o saber e o usuário.

Vale destacar que atenção é dada à indicação das características do discurso médico, que garantem as condições necessárias para alimentar as plataformas de pesquisa *on-line*. Outro ponto de igual importância é a discussão sobre o risco tanto para o médico quanto para o usuário decorrente desse uso da internet para pesquisa sobre saúde. Indica-se,

~ 2022. O livro resulta de minha pesquisa de mestrado realizado PPG em LAEL/PUC-SP, sob orientação da Prof.ª Maria Francisca Lier-DeVitto, e com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Este capítulo é uma versão modificada de trabalhos anteriores.

2 Remeto o leitor particularmente aos trabalhos de Cerqueira (2005); Dudas (2009,2016); Fonseca (2002); Fudissaku (2009); Vasconcellos (2005, 2010), entre outros. (Ver referências)

nesse particular, problema ético da conversão do usuário, de sujeito[3] a objeto/mercadoria do Capital.

Discurso médico e diagnósticos *on-line*

Trata-se da submissão ao discurso médico e sua condição de franqueador, da inserção de informações de saúde nas plataformas digitais, possibilitando, assim, a recolha de diagnósticos *on-line* e a adesão dos usuários a eles.

Pesquisas realizadas no Brasil nos colocam entre os países que mais fazem buscas no Google. O artigo de Hellen Guimarães, publicado na revista *Piauí*, de 11 de maio de 2021, é claro a esse respeito já no título, que diz: "No consultório do doutor Google: um país sufocado pela covid."

A autora nos lembra que entre 6 e 8 de abril de 2021, o número de mortos pela covid-19 no Brasil havia ultrapassado 4 mil pessoas em 24 horas, o que equivale a dizer que três pessoas morriam por minuto no país. Naquele momento, 10% de todas as pesquisas mundiais buscavam por "tratamento" e "covid". O Brasil estava entre os primeiros na busca por palavras como: "saturação de oxigênio", "ansiedade", "falta de ar" e "dores em geral". Pode-se entender, frente a essa tendência nacional, que pacientes cheguem a clínicas com diagnósticos recolhidos da máquina. Cabe perguntar, "quem nunca deu um Google" para saber algo sobre sua saúde?"

De modo geral, esses diagnósticos são obtidos a partir da inclusão de sintomas, como palavras-chave, recebendo em retorno uma lista de *sites* que pode incluir várias fontes: páginas de clínicas, hospitais, médicos, *blogs* dos mais variados tipos[4] etc. Assim, escolhida uma das fontes,

3 "Sujeito": "termo recorrente em psicologia, filosofia e lógica. É empregado para designar ora um indivíduo, como alguém que é simultaneamente observador dos outros e observado por eles, ora uma instância com a qual é relacionado um predicado ou atributo". E Jacques Lacan "em Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano, apoiando-se na teoria saussuriana do signo linguístico, enunciou sua concepção da relação do sujeito com o significante: 'Um significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante'" (Roudinesco; Plon, 1998. p. 742).

4 Não é pretensão deste trabalho discutir a qualidade das informações recolhidas pelos serviços de busca *on-line*. No entanto, vale lembrar que esses serviços aferem ganhos

essas pessoas se encaixavam neste ou naquele diagnóstico e então chegam à clínica com a certeza de terem determinado transtorno ou doença.

Um dos casos mais impressionantes se deu durante trabalho de triagem realizado numa entidade que promove atendimento psicanalítico. Foi o de um rapaz que afirmava ter "transtorno de despersonalização". Importa lembrar aqui como o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014, p. 303) descreve tal transtorno: "episódios de despersonalização são caracterizados por um sentimento de irrealidade ou distanciamento ou estranhamento de si mesmo como um todo ou de aspectos de si mesmo".

Tudo se passa como se a pessoa fosse um observador externo de si mesmo (despersonalização) e/ou apresentasse uma sensação de desligamento do ambiente em que se encontrava (desrealização). O rapaz dizia ter experienciado alguns episódios de desrealização, que teriam começado uns meses antes daquela sessão e que havia descoberto seu diagnóstico na internet. Ele dizia sentir-se "esquisito" desde o primeiro episódio da "doença", e que, por isso, gostaria de iniciar uma terapia.

Outro caso interessante é o de uma pessoa que já estava em análise. Esse analisante[5] dizia ter tido um mal-estar no final de semana, falado com um amigo e que estava seguro de que seu diagnóstico era de "ansiedade". Surpreendente foi a declaração de que havia "conferido" sua lista de sintomas no Google e que havia ido ao psiquiatra para comunicar que tinha "transtorno de ansiedade" e com isso "pegar" uma "receita de ansiolítico".

Fato é que a clínica é invadida por casos como esses, situações intrigantes, e o psicanalista ou o clínico devem se haver com eles.

Em meio às muitas discussões sobre modalidades de diagnóstico na Clínica de Linguagem, sobre os embaraços da Fonoaudiologia com a Linguística e com falas sintomáticas, deparei-me com as elaborações de Arantes (2001) relativas ao diagnóstico médico, em que a linguagem

~ através de anúncios e costumeiramente os conteúdos de anunciantes recebem prioridade nas respostas de pesquisas.

5 Lacan propõe o termo "analisando" para pessoas em terapia. Segundo Bruce Fink (2018, p. 20), psicanalista e tradutor de obras de Lacan, não se deve usar o termo "paciente", que "tende a patologizar ou estigmatizar a pessoa em terapia", tampouco "cliente", uma vez que "sugere que alguém é consumidor, que sabe exatamente o que está pedindo e o que vai receber – o que, com certeza, não se aplica a nenhum tipo de situação real de terapia".

é reduzida a sinal externo de doença. Nesse ponto da leitura do texto da autora, fui surpreendida por uma citação de Michel Foucault (1994), em que se lê que, na Medicina, há o apagamento do doente em favor da doença – apagamento, portanto, do singular. Arantes (2001) considera que, na esfera da clínica médica, a linguagem não passa de um sinal externo da doença; é comportamento não adequado e sustenta que o diagnóstico na Clínica de Linguagem toma distância dessas considerações.

Na Medicina, a doença é central: há apagamento do doente em favor da doença, como muito bem assinala Foucault (1994). A Psicanálise e a Clínica de Linguagem não compartilham os mesmos princípios clínicos e conceitos: nestes espaços outros, o diagnóstico de linguagem escapa à pressão universalizante e descritiva da Medicina (que visa a doença) e considera o imprevisível e o singular.

Para Lier-DeVitto (2006), os instrumentos descritivos, que são de natureza categorial, não descrevem a natureza sintomática da linguagem e nem têm a propriedade de distinguir erros ocasionais de sintomas estáveis no corpo da fala. A Clínica de Linguagem, diferentemente da Fonoaudiologia, sustenta que linguagem não é função cerebral e nem cognitiva. A Fonoaudiologia se compromete com um discurso linguístico sobre o funcionamento da linguagem.

O reconhecimento da "ordem própria da língua" e de seu funcionamento "perene e universal", introduzido por Saussure (2006), liga a imprevisibilidade do acontecimento linguístico à afirmação de que "há sujeito falante", cuja singularidade emerge e incide apenas na fala (*parole*). Em linhas gerais, nesse campo, leva-se adiante a importância decisiva da articulação entre língua (*langue*) e fala (*parole*). Nesse ambiente teórico, linguagem não é comportamento observável e não pode, portanto, ser reduzida a sinal externo de doença em outro domínio.

Para chegar à Psicanálise, o caminho argumentativo seguido parte de *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*, de Jean Clavreul (1983), psicanalista e psiquiatra francês, analisante e aluno de Lacan e, segundo Roudinesco (1998), dos mais destacados psicanalistas da terceira geração[6] de psicanalistas franceses.

6 Segundo Elizabeth Roudinesco (1999), em *Por que a Psicanálise*, os historiadores do movimento psicanalítico costumam classificar grupos e indivíduos em função da geração a que pertencem. Na França, a primeira geração teve nomes como: Marie Bonaparte, René

O autor discute o discurso médico, desde sua instituição com Hipócrates até os dias atuais, como um discurso dessubjetivante e sempre alinhado à ideologia dominante. O saber médico alinhado à ciência é admitido como lei e, consequentemente, como a verdade. A Medicina, vista como a verdade incontestável, assume características de uma Ordem religiosa, submetendo a todos – médicos e não médicos. Notamos essa submissão, quando percebemos, que nascemos em maternidades, morremos em hospitais e é um médico que atesta o nascimento e a causa da morte. No entanto, o objeto da Medicina é a doença. E essa ideia distancia médico e paciente.

Interessa dizer que o diagnóstico é a entrada do doente no discurso médico, que o submete à ordem da medicina. Para Clavreul (1983, p. 169): "a etapa do diagnóstico é um ato de mestria". Ignoramos o quanto esse ato é audacioso, uma vez que, tendo se tornado cotidiano e muito empregado, torna-se também naturalizado. Percebemos essa audácia quando o médico busca os sinais para uma doença ainda não conhecida, porque esses sinais deverão levar a uma descoberta e, ainda assim, mais uma descoberta entre muitas que já foram realizadas. O que promove o ato de mestria, de fato, é que a empresa já foi intentada com êxito, ou seja, é possível um discurso médico.

O discurso médico, para Clavreul (1983), se aproxima do discurso do mestre[7]. O êxito do discurso do mestre vem do fato de advir da subjetividade do autor. É a retirada dessa subjetividade que promove a suposta objetividade do cientista. O que não quer dizer que não haja subjetividade, contudo, ela não será necessária para a compreensão do texto, uma vez que ele, para ter alcance significante, necessita somente de sua coerência.

~

Laforgue e Rudolph Loewenstein. A segunda geração, formada pelos psicanalistas da primeira, tem nomes como: Daniel Lagache, Jacques Lacan e Françoise Dolto. A terceira geração, por sua vez, foi aquela formada pelos psicanalistas da segunda, entre eles Jean Clavreul, formado por Lacan.

7 "Discurso do Mestre": trata-se de um dos quatro discursos de Lacan. Em *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* de 1969-1970, Lacan (1992) apresentou sua teoria dos quatros discursos: discurso do mestre; discurso da universidade; discurso histérico e discurso psicanalítico. "Trata-se, com efeito, de inscrever, sob uma forma algébrica, a estrutura dos discursos [...]. Esses diferentes discursos encadeiam-se e sustentam-se, uns aos outros, dentro de uma lógica determinada inteiramente pelo jogo da letra, e um dos interesses não negligenciáveis dessas fórmulas é o de vencer a oposição errônea entre uma psicanálise do sujeito individual e uma psicanálise do coletivo" Chemama (1995, p. 132).

O discurso do mestre se sustenta de forma autônoma, sem considerar a subjetividade, nem de quem o enuncia e nem de quem o escuta. É daí que ele retira sua força e Clavreul (1983, p. 170) nos dá um exemplo: "a condenação de Galileu e a retratação desta são sem importância para o que é enunciado: o aforismo 'A terra gira' não fica menos verdadeiro".

Por fim, considera o autor que: "o produto do discurso do mestre é a constituição de um objeto[8]: a doença, como vimos, para o discurso médico" (Clavreul, 1983, p. 170).

No entanto, esse objeto só surge como parte integrante dos significantes do discurso. Assim, surgindo na ordem do discurso, ou seja, numa lei, ele não aparecerá em sua relação direta com o Sujeito $[9]. Qualquer descoberta científica, inclusive o diagnóstico, elimina a divisão do Sujeito. O que unifica os médicos entre si e o médico em si mesmo é o desejo pelo objeto da Medicina: a doença.

A posição do médico em relação ao objeto doença é classificada por Clavreul (1983) como fóbica; isso porque é a Enfermagem que passa mais tempo próxima ao doente. O médico se faz presente apenas no tempo do diagnóstico, ao qual se acrescenta a prescrição médica. Assim que a doença é identificada, ele se desinteressa e sai à procura de um novo objeto. O mesmo acontece com o pesquisador médico. A doença conhecida, não lhe interessa. Deve estar sempre à busca de novas doenças. É, portanto, a doença desconhecida – ou aquela da qual ainda não se sabe muito – que realmente é objeto para o médico.

Quando se instaura na ordem médica, a doença deixa de ser o objeto de interesse, ou seja, de seu desejo. A doença é o objeto de desejo do médico porque é ela que o constitui como tal; no entanto, a doença é constituída como causa pelo discurso médico. Causa de sofrimento para o doente e causa da intervenção para o médico, e a consequência disso é a eliminação do doente como homem. Considerando essa posição fóbica em

8 "Objeto": "termo introduzido por Jacques Lacan*, em 1960, para designar o objeto desejado pelo sujeito* e que se furta a ele a ponto de ser não representável, ou de se tornar um "resto" não simbolizável" (Roudinesco; Plon, 1998, p. 551).

9 "Sujeito $": Lacan coloca a barra sobre o "S" que designa o sujeito ($), baseado em Saussure (2016), que propõe o conceito de signo como constituído por uma relação entre significado e significante, demonstrado em signo = significado/significante, evidenciando que esta barra em vez de compor, "significante e significado", separa o significado e barra a significação. Para melhor entendimento, recomendo a leitura de Lacan (1992).

relação à doença, o que se revela mais importante é a identificação do doente com seu médico. O médico, visto como "sujeito suposto saber"[10] – aquele que pode curar –, é o objeto do desejo do doente, ou seja, o desejo endereçado à pessoa do médico se confunde com o desejo que o doente tem de se apropriar de seu saber, ou melhor, dos benefícios que esse saber pode trazer. Como não se pode realizar esse desejo, toma-se o medicamento.

A natureza do diagnóstico médico dá margem ao estabelecimento do diagnóstico *on-line*, porque o discurso médico é objetivante e separa o homem da doença. Trabalha com os sinais observáveis de uma doença, ou seja, com dados que podem ser registrados num quadro nosográfico, alinhado aos ideais da ciência e, portanto, podem ser inseridos num programa de computador.

Esse discurso hoje está baseado em manuais médicos como *Classificação Internacional de Doenças* (CID-11) e DSM-5, que normatizam em códigos as doenças. Esses manuais têm força de lei e são utilizados para normatizar a inserção nas plataformas de pesquisa. A Medicina como discurso, que mais se aproxima do discurso do mestre, é um sustentáculo do saber; alinhada à ideologia dominante, inclui-se na esfera da tecnologia. Sendo assim, esse saber médico é deslocado para a máquina, o usuário se esquece do médico e toma a máquina como porta-voz do discurso médico.

E o que dizer da confiança que o doente deposita no diagnóstico *on-line*? Médico e paciente submetem-se ao discurso médico, em posições dissimétricas: o médico como porta-voz do saber e o doente como dependente do médico, que realiza o diagnóstico. A relação entre eles, médico e paciente, é mediada pela doença, que é o verdadeiro objeto da Medicina.

O saber médico, transferido para a máquina, substituirá o médico e transformará o paciente em usuário da internet. E o paciente como usuário confia no diagnóstico que dela retira. Não surpreende, portanto,

10 "Sujeito suposto saber": conceito criado por Lacan em que, baseado no livro *Banquete de Platão*, situa o desejo de Sócrates em referência ao saber e mostra o caráter exemplar de Sócrates nesse texto, quanto à posição do analista. "Como Sócrates, o analista é interrogado como alguém que sabe, e é no lugar mesmo em que nós somos suposto saber que somos chamados a ser e a não ser nada além, nada que não seja a presença real e justamente na medida em que ela é inconsciente" (Kaufmann, 1996, p. 504).

que o diagnóstico seja recolhido nos serviços de pesquisa *on-line* e satisfaça àquele que o recolhe.

Se a operação de transposição do saber para a máquina é viável, tendo em vista a natureza do discurso médico, que subjaz ao diagnóstico, tal operação é inviável quando entra em cena um diagnóstico psicanalítico ou de uma Clínica de Linguagem. Estando a linguagem em causa, e mais especificamente, a singularidade impressa numa fala e no corpo que fala, a objetividade necessária à implementação de plataformas de busca *on-line* fica derrotada por princípio.

O discurso psicanalítico e a prática diagnóstica que dele decorre não envolvem o apelo à objetividade, nem sustentam o recolhimento de sinais observáveis, como índices seguros para o diagnóstico. Diferentemente, a Psicanálise abre espaço para o sujeito em sua radical singularidade, que se manifesta no trajeto da fala de um analisante.

É a paciente Ana O. que oferece os termos que foram recolhidos por Freud (1996a, p. 30) para qualificar o tratamento psicanalítico e seus efeitos: "a própria paciente [...] deu a esse novo gênero de tratamento o nome de '*talking cure*' [cura pela fala] qualificando-o também, pelo gracejo, de '*chimney sweeping*' (limpeza de chaminé)".

Podemos ainda nos perguntar: que método conduz o tratamento? É o tratamento pela fala que precisa ser escutada pelo analista. Porém, há condições básicas para o tratamento: o diálogo entre psicanalista e analisante não deve ser compreendido como uma "conversação", uma situação de comunicação.

Fala e escuta devem obedecer a uma "regra fundamental", instituída por Freud (1996a): o paciente deve falar livremente tudo o que lhe passar pelo pensamento, sem se preocupar com a ordenação de sua fala ou com sua importância. Ele, principalmente, não deve ocultar os pensamentos que julgar embaraçosos, sem sentido ou penosos. Outra recomendação articulada a essa é a de que o psicanalista não selecione por razão própria, qualquer que seja ela, partes do discurso do analisante – essa não seleção seria a garantia da sustentação de uma "atenção flutuante".

Vejamos o que diz Freud (1996b, p. 125) em "Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise":

> A técnica, contudo, é muito simples. Como se verá, ela rejeita o emprego de qualquer expediente especial (mesmo de tomar notas). Consiste simplesmente em não dirigir o reparo para algo específico e em manter a mesma 'atenção uniformemente suspensa' (como a denominei) em face de tudo o que se escuta.

Há boas razões analíticas nessas recomendações para que o analista venha a apreender, no discurso manifesto – nas associações livres do paciente – um discurso latente (não dito, mas presente). Nesse enquadre, não poderíamos, de modo algum, pensar um diagnóstico apoiado em sinais observáveis, o que coloca logicamente em questão a impossibilidade de coleta de dados como informações para alimentar uma plataforma *on-line*.

Se para o saber médico, cada doente é um exemplo da doença e sua fala é mera fonte de dados para a caracterização de qualquer doença, no caso da psicanálise, a fala do paciente é matéria-prima, que carrega aquilo que é irremediavelmente único daquele sujeito que fala ao analista.

Convém aqui assinalar que interessa à Psicanálise a fala de *um* paciente, a manifestação de *um* sujeito em seu dizer. A singularidade é constitutiva da prática psicanalítica e, sendo assim, pode-se chegar a tipos clínicos a partir do singular, e não o inverso. A singularidade aguardada no exercício da psicanálise inviabiliza que o diagnóstico psicanalítico seja oferecido *on-line*.

Após a discussão a respeito do discurso médico e do discurso psicanalítico, chega-se a um elenco de "pontuações éticas", que decorrem da transposição do saber médico para a máquina e a consequente obtenção de um diagnóstico *on-line*.

Coloca-se em foco a figura do usuário e a articulação do discurso científico/médico ao discurso capitalista. Estes são dois aspectos de uma mesma questão ética. Nesse ponto, caminho com Lacan (1992), que quando aborda a problemática do capitalismo, o aproxima do discurso do mestre, ou seja, o mesmo do discurso médico.

Lacan (1992) fala em "capitalismo do mestre moderno[11]". Para ele, o discurso do mestre moderno é mesmo aquele que implica o desloca-

11 Em seu *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* (1969-1970), Lacan (1992, p. 29-30) afirma que o discurso do mestre na contemporaneidade é o discurso do capitalista: "que o que opera entre o discurso do senhor antigo e o do senhor moderno, que se chama capitalista, é uma modificação no lugar do saber".

mento do lugar do saber. O "saber", que segundo Lacan, foi do escravo, é usurpado dele pelo senhor, que por meio desse movimento se torna o proprietário do "tudo-saber". O escravo, por sua vez, é feito proletário e produto consumível.

Vê-se, assim, o resultado perverso da articulação do discurso médico/científico ao discurso capitalista: o usuário é, na verdade, produto consumível. De fato, ao supor-se usuário ele é, na verdade, matéria humana de consumo.

Cabe aqui um esclarecimento. As redes sociais são disponibilizadas pelas maiores empresas de tecnologia do mundo. Há hoje discussões sobre o poder dessas empresas, e o quanto o uso das redes sociais nos torna suscetíveis ao Mercado.

No documentário, *O dilema das redes*, produzido pela Netflix em 2020 e dirigido por Jeff Orlowski, o ex-executivo da Google, Tristan Harris, que atualmente trabalha para elucidar empresas e usuários sobre as implicações éticas da utilização das redes sociais, discute a origem da geração de lucros dessas empresas e coloca: "se você não está pagando pelo produto, então você é o produto".

O produto das redes sociais são os bilhões de usuários que têm sua privacidade negociada. O cliente das redes sociais é o anunciante, que obtém vasta informação, para utilizar das mais diversas análises mercadológicas e incentivar o consumo. Esse fenômeno está sendo chamado de "vigilância capitalista" – o mercado obtém lucros rastreando dados infinitos dos usuários das redes sociais.

Considerações finais

Há uma incontornável oposição entre o diagnóstico médico – que consiste na detecção e organização de sinais de doenças – e o diagnóstico psicanalítico, que tem como protagonista a fala singular. Oposição essa que inviabiliza que o diagnóstico psicanalítico possa ser implementado em plataformas de busca *on-line*.

Ilumina-se, assim, o porquê de o diagnóstico médico ser aquele que pode fornecer dados para alimentar a máquina: "risco para o poder do médico", mas não só para ele. Na articulação entre o discurso do mestre e o discurso capitalista abordado por Lacan (1992), emerge o "risco do

usuário" que, confiante no poder da internet, ignora que seu gesto realiza a perda de uma posição Sujeito: ele se torna mercadoria, porque sua privacidade é vendida para os "senhores", os donos do capital.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*: DSM-5. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARANTES, L. *Diagnóstico e Clínica de Linguagem*. 2001. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

ARANTES, L. Sobre a instância diagnóstica na Clínica de Linguagem. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 315-329.

CERQUEIRA, C. *Clínica de linguagem interrogações e pontuações sobre retardo de linguagem a partir do atendimento de uma criança*. 2005. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

CHEMAMA, R. *Dicionário de Psicanálise*. Tradução de Francisco F. Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CLAVREUL, J. *A ordem médica*: poder e impotência do discurso médico. Tradução de Jorge Gabriel Noujaim, Marco Antônio Coutinho Jorge e Potiguara Mendes da Silveira Jr. Rio de Janeiro: Editora Brasiliense, 1983.

DUDAS, T. L. *Paralisia cerebral e institucionalização*: efeitos subjetivos e clínica de linguagem. 2009. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

DUDAS, T. L. *Problemas na linguagem e descompasso na inclusão escolar*. 2016. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

FINK, B. *Introdução clínica à psicanálise lacaniana*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

FONSECA, S. C. *O afásico na clínica de linguagem*. 2002. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1994.

FREUD, S. Cinco lições de Psicanálise. *In*: EDIÇÃO Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 11 (1910). Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. p. 17-66.

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. *In*: EDIÇÃO Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 12 (1911-1913). Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. p. 123-133.

FUDISSAKU, F. *Sobre as entrevistas*: a escuta para a fala dos pais na clínica de linguagem. 2009. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

GUIMARÃES, H. No consultório do doutor Google: um país sufocado pela covid. *Revista Piauí*, São Paulo, 11 maio 2021. Disponível em: https://piaui.folha.uol.com.br/no-consultorio-do-doutor-google-um-pais-sufocado-pela-covid-19/. Acesso em: 29 set. 2022.

KAUFMANN, P. *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise*: o legado de Freud e Lacan. Tradução de Vera Ribeiro e Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

LACAN, J. A Ciência e a verdade. *In*: LACAN, J. *Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 869-892.

LACAN, J. *O Seminário, livro 17*: o avesso da psicanálise. Tradução de Ari Roitman. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da linguagem: sobre as "vicissitudes de falas sintomáticas". *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 183-200.

MONTEIRO, A. A. *Discurso médico e diagnósticos online*. 2021. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

O DILEMA das redes. Direção: Jeff Orlowski; Produção: Larissa Rhodes. [*S. l.: s. n.*], 2020. Disponível em: https://www.netflix.com.br. Acesso em: 28 set. 2021.

ROUDINESCO, E. *História da psicanálise na França*: a batalha dos cem anos, v. 2: 1925-1985. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Tradução de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SAUSSURE, F. *Curso de Linguística Geral*. Tradução de Antônio Chelini, José Paulo Paes e Izidoro Blikstein. São Paulo: Cultrix, 2006.

VASCONCELLOS, R. *Organismo e sujeito*: uma diferença sensível nas paralisias cerebrais. 2010. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) –Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

VASCONCELLOS, R. *Paralisia Cerebral*: a fala na escrita. 1999. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

PARTE VI

Novas perspectivas

19

Projeto Entrelaços[1]: sobre contribuições e limites da Clínica de Linguagem no atendimento a crianças autistas

Lourdes Andrade
Maria Francisca Lier-DeVitto

Introdução

Este capítulo comemora os 25 anos da Clínica de Linguagem, uma abordagem teórico-clínica inovadora das patologias de linguagem, implementada por Lier-DeVitto na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) a partir de articulações conceituais com o Interacionismo em Aquisição da Linguagem, proposto por De Lemos desde 1982

1 O Projeto Entrelaços, coordenado pelas autoras deste capítulo, articula o Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL/PUC-SP) e o Centro Especializado em Reabilitação II (CER) da Derdic da PUC-SP.

na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), e com a Linguística, pela via do Estruturalismo Europeu (Saussure, 2006[2]; Jakobson, 1976[3]).

Questões pertinentes à Clínica de Linguagem serão discutidas, a partir da experiência com crianças que apresentam impasses no laço social, atendidas no Projeto Entrelaços, implementado no Centro Especializado de Reabilitação Derdic (CER II Derdic) da PUC-SP e do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2016. Tais questões dizem respeito à posição da Clínica de Linguagem e do clínico de linguagem no acolhimento de sujeitos para os quais a articulação entre gozo e as vias coletivas de seu escoamento não se dá de modo a produzir um enlaçamento discursivo próprio ao laço social. Consequentemente, tais questões dizem respeito, também, a como abordar um falante que precisa defender-se dos efeitos equivocizantes próprios à língua.

Procuraremos indicar as contribuições – e limites – da Clínica de Linguagem em espaços clínicos que implicam o encontro com sujeitos posicionados no campo dos autismos. A discussão estará apoiada em recortes de vivências das autoras em atendimento em grupo pela via da Prática entre V*ários*, um dispositivo de orientação psicanalítica referente à construção de um funcionamento institucional que possa responder às exigências do tratamento de crianças com graves entraves no estabelecimento de laços com o outro.

> A prática entre vários é o nome dado por Jacques-Alain Miller a uma modalidade inédita de trabalho clínico com crianças autistas e psicóticas, desenvolvido por diversas pessoas em um contexto institucional preciso. Essa modalidade de trabalho faz referência à psicanálise de Sigmund Freud, segundo o ensinamento de Jacques Lacan, mas não prevê a utilização do dispositivo analítico propriamente dito (Di Ciaccia, 2010).

A Prática entre V*ários* foi, como se lê na citação, nomeada por Jacques-Alain Miller (1994), com base no trabalho clínico desenvolvido por diferentes profissionais em um contexto institucional específico: a *Antenne 110*, um centro de reeducação e tratamento situado na Bélgica,

2 Obra publicada originariamente em 1916.

3 Obra publicada originariamente em 1960.

fundado em 1974 e que recebe crianças autistas e psicóticas. O principal organizador dessa abordagem consiste na sustentação da possibilidade de cada membro da equipe apresentar-se à criança despido do saber próprio de sua especialidade (psicólogo, psicanalista, fonoaudiólogo ou linguista, por exemplo). Espera-se que, a partir desta posição subjetiva, ele possa escutar as manifestações estranhas dessas crianças "turbulentas" (Wallon, 2007[4]) e dar lugar ao inesperado que vem de cada criança, no tempo de seu surgimento: uma palavra, um gesto, um olhar dirigido e assim por diante.

O tratamento institucional sustentado pela Prática entre V*ários* acontece sempre em pequenos grupos, privilegiando, ainda assim, cada criança – uma a uma. Ou seja, realiza-se um "programa de atendimento" para cada criança, a partir do que trazem no dia a dia do trabalho e daquilo que se constrói sobre ela ao longo do tratamento. Trata-se de apreender a lógica em jogo para cada criança e acompanhá-la na construção de laços com o outro. A motivação desse *dispositivo* pode ser assumida como uma contracorrente ao movimento da psiquiatria e das Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) que, ao ampliar os diagnósticos e as classificações a respeito das diferentes e complexas afecções psíquicas na infância, testemunha a crescente tendência à patologização da infância e sua consequente medicalização.

Essa realidade tem impulsionado ações que visam garantir e preservar o lugar da criança como um lugar legítimo de promessa de transformações: "lugar de descoberta, de encontros e de brincadeiras que, em sua repetição infinita, podem favorecer o estabelecimento de laços, de lugares sociais possíveis e menos patologizantes", conforme afirmamos, com a psicanalista Carina Arantes Faria, na proposta inicial de implementação desta prática[5] no CER II Derdic.

No último ano, o Projeto Entrelaços aprofundou seu compromisso com o acolhimento de crianças com dificuldades no estabelecimento e sustentação do laço social e com a invenção de uma infância possível para essas *crianças diferentes*: em sua base está, como dissemos, o dispositivo que prevê "relação entre vários", num atendimento clínico institucional:

4 Obra publicada originariamente em 1941.

5 O Projeto Entrelaços tem início com a redação de um projeto de circulação interna à instituição, entregue à direção do órgão.

1) grupos de crianças, com diferentes modos de relação ao Outro; 2) atividades de acolhimento dos pais; 3) trabalho de elaboração teórico-clínico em equipe; 4) estabelecimento e articulação de redes interinstitucionais para discussões e/ou encaminhamento das crianças. Todos esses "espaços de cuidados" são alinhavados pelo mesmo princípio: o de que essas crianças diferentes – autistas ou psicóticas – não são deficientes, embora apresentem alterações específicas de linguagem e modos singulares de endereçamento ao outro.

Marcel

Em sua chegada ao Entrelaços, Marcel é uma criança cuja atividade constante é picar papéis sem ocupar-se dos pequenos pedaços que disso resultam, os quais vai deixando espalhados. Ele recusa olhar, perambula continuamente pela sala, numa trajetória que parece sem rumo definido e como se ignorasse a presença de outros no espaço. "Como se" ignorasse a presença do outro, algo que ele não logra fazer de fato. A despeito de todos os recursos que convoca – como a recusa do olhar e da fala e o corpo sempre em movimento –, ele tem que se haver com as várias presenças, seus gritos, suas falas. Convoca, então, outros recursos: desvia-se com agilidade de outros corpos quando parecia estar prestes a dar de encontro com eles e, em alguns momentos, chega a integrá-los como seu duplo, encenando brevemente, no próprio corpo, o que recortou de longe, no movimento de um outro que poderia, de outro modo, invadi-lo.

Sua atividade incessante de "picar papéis" causa grandes problemas no ambiente escolar. Há pressão para que algo seja feito para que esse comportamento seja suprimido. A direção tomada é outra. As parcerias com Marcel acontecem inicialmente em torno disso que ele nos traz: papéis picados e situações em que se propunha para o grupo alguns trajetos específicos marcados por sonoridades e traçados no chão. Marcel nunca pôde aceitar qualquer tipo de ida e volta no trajeto proposto. Dava uma volta em torno dele e recomeçava de um ponto ao outro ou desorganizava-se.

Quanto aos papéis, a primeira parceria aceita foi a partir da introdução de uma caixa com tampa: ele aceita, ao final do atendimento, juntar

os pedacinhos de papel e separar "o que ia para o lixo" e "o que ficaria guardado em sua caixa". Na repetição dessa rotina, ele cede a fala e vai dizendo "lixo" ou "fica" enquanto separávamos os pedacinhos de papel. O circuito em torno dos papéis se estende. Algumas vezes, Marcel dobra suas beiradas produzindo uma pequena moldura; outras vezes, faz alguma marca a lápis neles ou mesmo aceita, a pedido de um dos profissionais, levar um pedaço de papel de um para outro membro da equipe com algo escrito ou desenhado nele, às vezes repetindo a palavra escrita ou mesmo contribuindo com a confecção do "bilhete" (dizendo, por exemplo, "azul" ou o nome de alguém a quem devia ser endereçado).

Esses acontecimentos marcam um primeiro momento do tratamento de Marcel, vários anos atrás. Já faz algum tempo que ele aceitou ouvir histórias, esparramado numa almofada, não sem antes tirar um pequeno fragmento de página do livro que seria lido para ele e segurá-lo na mão fechada, como fez durante longo tempo com pedacinhos de papel que já trazia com ele. Ouve uma contação de histórias mais longa enquanto perambula em torno do contador. Num desses momentos, enquanto ouvia a história da "Bruxa Salomé", andou incessantemente "em torno da história e sua contadora", traçando com giz o contorno da sala, parando apenas para escrever alguns números na parede. Ao final da história, picou um papel.

Apesar de longa, conto aqui a história[6], pois ela é necessária ao entendimento do que aconteceu depois.

> *Uma senhora tem 7 filhos, cujos nomes são os 7 dias da semana, 2ª feira, 3ª feira e assim por diante. Ela sai para ir à feira e deixa os filhos sozinhos depois de prometer comprar o que cada um pediu: manteiga para um, leite para outro etc. Enquanto a mãe está fora, a bruxa Salomé rapta seus filhos e os transforma em diferentes comidas. Para impedir a bruxa de comê-los, a mãe deve reconhecer, na mesa da bruxa, que alimento é cada filho, numa relação não direta entre cada filho e o alimento, mas tornada possível com a interposição de uma associação, que dizia respeito ao que os filhos queriam: 'segunda-feira pediu manteiga, então ela é o pão, Terça-feira pediu leite, então é o pudim' e assim por diante...*

6 A história contada é baseada no livro *A bruxa Salomé*, de Audrey Wood (2019).

Diante dos papéis picados por Marcel ao final da história, um profissional escreve 2ª, 3ª, 4ª etc. em vários papéis e entrega para duas outras profissionais e para ele para colocarem que alimento era cada um. Só Marcel consegue rapidamente fazer isso, desenhando no verso do papel a associação final feita pela mãe na história: pão, pudim etc. O engendramento do texto, resumido ao pareamento entre nome da criança-comida, numa lógica binária, permite a Marcel ser o único a "lembrar" e parear rapidamente os dois elementos na brincadeira proposta. Isso, o compartilhamento de uma lógica que lhe diz respeito, num arranjo coletivo de jogo, situou-o numa possibilidade de fazer laço. O laço possível, em acordo com sua posição estrutural e com a singularidade que marca seu fazer com a linguagem e, consequentemente, com seu corpo.

Atualmente, ele lê, escreve, interessa-se por música e mostra habilidades com instrumentos musicais. Chegou a fazer anotações próprias que associavam notas musicais a cores, mas desinteressou-se logo depois. Aproveitou muito de uma visita que fizemos à Bienal de São Paulo: não conseguiu entrar em todas as salas, mas dançou diante de algumas instalações e, numa sala escura com uma projeção, disse "eu gostei!". Quando lê isoladamente, ele muitas vezes encena em seu corpo o que lê, fazendo o que faz o personagem. Também, sai de uma sala em que não está bem e topa voltar, a partir da oferta e acompanhamento de uma profissional, para medir e desenhar a sala que deixou e seus móveis. Também se angustia e precisa deixar o atendimento se uma criança grita muito, por exemplo. Ou angustia-se e desorganiza-se por motivos que não conseguimos localizar.

Seu corpo de quase adolescente lhe traz novas estranhezas com as quais precisa lidar, muitas vezes de modo doloroso. Sem o recurso acessível ao neurótico de uma relação à língua como um operador de gozo, Marcel segue buscando modos de fazer laço com as invenções que a lógica da estrutura clínica autística e as parcerias proporcionam.

Nesse breve relato, pode-se notar que novas invenções por parte desse menino foram necessárias para que ele pudesse se haver com novos encontros e novas demandas sociais e de aprendizagem. Novas invenções orientadas pela mesma lógica de estabelecimento de relações biunívocas entre palavras, entre palavras e objetos, mantendo à distância o significante e os ruídos que ele poderia provocar.

Anabel

Quando chega ao Entrelaços, Anabel tem bastante dificuldade para entrar na sala e no grupo. Permanece escondida atrás do pai ou de sua mochila, agachada. Após um tempo considerável, atraída por músicas, entra e permanece andando pela sala, evitando os espaços "habitados". Às vezes, produz alguma vocalização (trechos de música ou de vídeos) com voz muito baixa ou pega algum objeto. Se um adulto se aproxima, toma distância, vai para outro lugar. Passa a entrar no grupo, pedindo sempre as mesmas músicas, que acompanha com movimentos repetidos de animações que vê no YouTube. Uma preferência sua: "Fui ao mercado comprar...". Enquanto ouve, repete com precisão todos os movimentos que já viu no vídeo do *Bob Zoom*[7]. Em uma sessão, notamos que ela parava seus movimentos de repente e encostava-se atrás de um pilar ou entrava na sala ao lado. Ficava imóvel por um tempo e retornava. Só depois compreendemos o que determinava essa sequência: Anabel ficava "fora da cena" nos momentos em que, na animação, era mostrado o cenário do mercado sem a presença do personagem.

Na oficina de contação de histórias[8], participa da roda de leitura de *Jacaré, não!*[9], Em seguida, vai para uma sala contígua em que um adulto está escrevendo na lousa com uma outra criança. Entra entre os dois, olha a lousa, olha para o adulto, que lhe oferece o giz. Não pega. Anabel fala letras iniciais do alfabeto, o adulto escreve as letras e dirige-se a ela, falando sobre escrever seu nome. Ela deixa de olhar para o adulto e sai da sala. Vai até a sala de contação de histórias e volta com um pegador de panela de silicone verde encaixado na mão (um objeto que era usado para representar a abertura e fechamento da boca do jacaré, na contação de histórias). Anabel aproxima-se do adulto e fala algo mexendo a "boca do jacaré" como um fantoche. O adulto escreve o que Anabel/jacaré falou e pergunta: "o que vamos escrever agora?". Ela vira a "boca do

7 *Bob Zoom* é uma animação infantil, disponível no YouTube.

8 A oficina de contação de histórias fez parte de um projeto de extensão da PUC-SP que articulou o curso de Fonoaudiologia/LAEL e a Derdic/Entrelaços. Os resultados desse projeto serão apresentados em artigo de Lier-DeVitto, Sousa e Andrade a ser publicado em breve.

9 *Jacaré, não!*, livro infantil de autoria de Antônio Prata (2016).

jacaré" em direção à sua própria orelha, repete baixinho o que o adulto havia dito, vira o jacaré novamente na direção do adulto e diz uma palavra. Isso se repete algumas vezes antes dela sair novamente. O "jacaré-não", era esse o jargão da história, comparece para que Anabel possa dizer "não" à demanda da profissional e, ao mesmo tempo, dizer "sim" a um certo laço, protegida dos efeitos da voz e de seu endereçamento. Pela via desse duplo, é construída uma borda que permite a Anabel estar no laço em sua lógica subjetiva singular: um "jacaré não/sim".

O grupo

Um grupo de crianças numa sala preparada para recebê-los com cantos em que se disponibilizavam diferentes objetos e a presença de profissionais dispostos à parceria com cada criança. Crianças dispersas pela sala. Num dos cantos, uma profissional começa a cantar "1, 2, 3 indiozinhos" acompanhando os movimentos de uma criança. Duas crianças estavam próximas a uma lousa. Uma delas começa a fazer alguns tracinhos com giz e a cantar um pedaço da música. A criança ao lado dela pega a mão da profissional que estava próxima e vai ditando para que ela escreva "1, 2, 3..." na lousa. A criança que estava inicialmente na cena em que se cantava a música dos indiozinhos aproxima-se de um outro canto, em que há blocos de montar. A profissional que estava próxima começa a fazer uma torre e vai entregando blocos a ela, contando. Ela volta para o "canto da música". Uma outra criança que estava acompanhando a cena aproxima-se e, quando a profissional começa novamente a fazer a torre, contando e tentando entregar-lhe um bloco, ela diz: "um real" e distancia-se. Uma outra criança vem e pega o bloco. A profissional diz: "a Janaína disse que é um real". A profissional do "canto ao lado", onde havia uma barraquinha de frutas, diz que quer vendê-las. A criança topa e desenrola-se uma longa sequência em que a criança e as profissionais envolvidas com os blocos e a barraquinha trocam frutas por "blocos-reais".

A cena aqui relatada aponta para especificidades da Prática entre V*ários* sustentada no Entrelaços, no que diz respeito à ideia de "grupo". Trata-se de um grupo em que o saber especializado dos profissionais é suspenso em favor do compartilhamento de balizamentos teórico-

-clínicos no que diz respeito ao sujeito e à linguagem e de uma presença, no encontro com as crianças, marcada pelo seu desejo. Com isso visa-se produzir, tanto no encontro com as crianças, quanto nas reuniões de equipe, não um saber complementar e totalizador, mas, sim, uma leitura a partir da lógica que orienta cada criança no encontro com o que lhe faz exterioridade. É com o delineamento dessa lógica, que pode indicar homologias estruturais do ponto de vista da constituição subjetiva, mas, também, com um "fazer com a linguagem e com o outro" radicalmente singular, que uma direção de tratamento pode ser traçada. Lembramos, nesse sentido, o que dizem Orrado e Vivès (2021) quando indagam "como pensar um grupo quando se é lacaniano?" e estabelecem uma diferença entre "grupo terapêutico" e o que denominam como uma "dinâmica de trupe":

> Na maioria das vezes, os grupos ditos terapêuticos são concebidos como unidade. Isso, aliás é o que motiva os envolvidos a propô-los a pacientes que apresentam uma indicação homogênea: mesmo transtorno, mesmo sintoma etc. [...] Todavia, notemos que essas identificações pertencem ao registro imaginário [...] uma orientação lacaniana não tem por vocação constituir uma unidade identificatória. Pelo contrário, todo desafio está [...] em se ater a fazer emergir a particularidade de cada um no seio do grupo. Por fim, o encontro com o outro tem de poder permitir ao sujeito experenciar o Outro a partir daquilo que, de si, se altera do que é inassimilável do encontro com o outro (Orrado; Vivès, 2021, p. 74-77).

A partir daí, os autores sugerem que um grupo deve ter:

> a ambição de se elevar ao nível de uma *trupe* ao estilo de uma trupe teatral de Molière, 'para que cada um encontre sua via/voz' e os encontros possam 'ser locais de ressonância' em que as diferentes formas de gozo não sejam apagadas e em que se possa 'bricolar um traquejo com as esquisitices em si' (Orrado; Vivès, 2021, p. 79).

Tanto Marcel quanto Anabel nos mostram que a criança autista, como afirmam Vieira e da Silva (2014, p. 9), "está sempre a trabalho para lidar com o gozo excessivo que os habita" e o fazem, diferentemente dos

sujeitos que contam com as vias de escoamento oferecidas pela cultura, "com pedra lascada e barro fofo". Para isso, "cria mecanismos de defesa mas, também, de conexão". Mecanismos esses que Laurent (2010, 2014) explora a partir da criação do conceito de uma "borda autística" constituída, segundo ele, por objetos autísticos, instituição de "duplos", interesses específicos. As invenções e movimentos de Marcel e Anabel indicam que a construção e deslocamento dessa borda está em jogo no estabelecimento de uma parceria e, portanto, do tratamento da criança autista.

No campo da Clínica de Linguagem, crianças com quadros de autismo ou psicose fazem presença e geram questões particulares que dizem respeito à condução clínica e sua sustentação teórica. Na Prática entre V*ários* , conforme implementada no Entrelaços, a Clínica de Linguagem, assim como a Psicanálise, comparecem em uma vertente "em extensão" (em oposição a uma prática *stricto sensu*). Isso parece exigir do campo uma retomada e deslocamentos de alguns pontos de ancoragem teóricos e clínicos.

O primeiro ponto a ser revisitado pela Clínica de Linguagem diz respeito à abordagem da fala da criança, em seus arranjos e construções insólitas, como resultados de operações metafóricas e metonímicas regidas pela ordem da língua, tais como postuladas pelo Estruturalismo Europeu. O encontro da criança autista com a linguagem designa a ela uma posição particular na relação sujeito-língua-fala, posição essa que demanda uma reflexão sobre o que é falar para um sujeito que tem que suportar "o peso da fala" (De Halleux, 2010) a partir de uma estruturação psíquica[10] em que a dimensão simbólica comparece mergulhada no real (Vorcaro, 2019). Não nos parece ser possível afirmar que o exercício da Clínica de Linguagem com autistas pode prescindir de deslocamentos, tanto no que diz respeito à leitura teórica quanto na posição do clínico. Se na clínica com crianças com quadros de atraso ou tropeços na aquisição da linguagem, o clínico pode ocupar a posição daquele que pode escutar e interpretar a fala da criança a partir de operações articuladas às leis de funcionamento da língua, isso não se dá do mesmo modo.

10 A questão da particularidade da fala em diferentes estruturas clínicas – neurose, psicose, autismo – será abordada em artigo de Lier-De Vitto e Andrade, a ser publicado em breve.

Como pudemos constatar durante as oficinas de contação de histórias realizadas no Entrelaços, histórias assentadas em estruturas paralelísticas produzem efeitos bastantes diversos daquele observado para crianças em processo de aquisição da linguagem. Se, para essas últimas, o paralelismo tem efeito estruturante e oferece oportunidade de mobilidade na cadeia (Lier-DeVitto, 1998), para as crianças autistas, o paralelismo ganha a função de repetição que, ao contrário, garante uma imobilidade, um "sameness" (Kanner, 1943) que permite à criança defender-se dos movimentos significantes. Do mesmo modo, é necessário aprofundar a noção de "ecolalia" a partir de sua presença na clínica com autistas, na qual manifestações ecolálicas parecem apresentar-se com diferentes funções. Pode funcionar como recusa da fala do outro, num movimento semelhante ao de uma criança que não ignora quando um objeto lhe é estendido: aceita pegá-lo para, quase no mesmo movimento, largá-lo. Ou a função de sustentar uma relação, como o faz Anabel, que articula a repetição da fala do outro a um mediador – a "boca do jacaré" – apagando, assim, a dimensão enunciativa da fala do outro e tornando a demanda que lhe é feita abordável pelos recursos de que dispõe no campo da linguagem.

Consideramos, para finalizar, que, se alguns dos dispositivos já bastante instituídos na Clínica de Linguagem encontram seus limites na lida com a criança autista – como no que diz respeito à questão da intepretação, por exemplo – estamos, ainda assim, em um campo com vigor teórico para enfrentar esses limites. Alguns a serem superados, outros talvez a serem reconhecidos de modo a delimitar e, assim, fortalecer o campo.

Referências

BOB ZOOM. [*S. l.: s. n.*], 2012. 1 vídeo (3 min). Publicado pelo canal Bob Zoom. Disponível em: https://www.youtube.com/channel/UCZcsG6kUpOLQZZpTMSAernw. Acesso em: 18 jun. 2024.

DE HALLEUX, B. *Quelque chose à dire à l'enfant autiste*: pratique à plusieurs à l'Antenne 110. Tours: Michèle, 2010.

DE LEMOS, C. T. G. Sobre a aquisição da linguagem e seu dilema (pecado) original. *Iberoamericana*, Madri, v. 8, n. 1, p. 3-16, 1982.

DI CIACCIA, A. À propos de la pratique à plusieurs. *In*: DE HALLEUX, B. (ed.). *Quelque chose à dire à l'enfant autiste*: pratique à plusieus à l'Antenne 110. Tours: Michèle, 2010. p. 97-104.

JAKOBSON, R. Linguística e poética. *In*: JAKOBSON, R. *Linguística e Comunicação*. Tradução de Izidoro Blikstein e José Paulos Paes. São Paulo: Cultrix, 1976. p. 118-162.

KANNER, L. Affective disturbances of affective contact. *Nervous Child*, [*s. l.*], v. 2, n. 3, p. 217-250, 1943.

LAURENT, É. *A batalha do autismo*: da clínica à política. Tradução de Cláudia Berliner. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

LAURENT, É. Plusieurs. *In*: DE HALLEUX, B. (ed.). *Quelque chose à dire à l'enfant autiste*: pratique à plusieurs à l'Antenne 110. Tours: Michèle, 2010. p. 93-95.

LIER-DEVITTO, M. F. *Os monólogos da criança*: delírios da língua. São Paulo: EDUC: PUCSP, 1998.

MILLER, J. A. *Jacques Lacan et la voix*. Paris: La Lysimaque, 1994.

ORRADO, I.; VIVÈS, J. M. *Autismo e mediação*: bricolar uma solução para cada um. Tradução de Paulo Sérgio de Souza Junior. São Paulo: Aller, 2021.

PRATA. A. *Jacaré, não!*. São Paulo: Ubu, 2016.

SAUSSURE, F. *Curso de Linguística Geral*. Tradução de Antônio Chelini, José Paulo Paes e Izidoro Blikstein. São Paulo: Cultrix, 2006.

STEVENS, A. Introduction. *In*: DE HALLEUX, B. (ed.). *Quelque chose à dire à l'enfant autiste*: pratique à plusieurs à l'Antenne 110. Tours: Michèle, 2010. p. 129-131.

VIEIRA, M. A.; DA SILVA, R. F. Nota ao leitor brasileiro. *In*: Laurent, É. *A batalha do autismo*: da clínica à política. Rio de Janeiro: Zahar, 2014. p. 9-14.

VORCARO, A. *As estruturas clínicas em psicanálise*. São Paulo, 2019. (Palestra ministrada no Curso Atendimento de crianças com impasses no laço social: linguagem e sujeito).

WALLON, H. *A evolução psicológica da criança*. Tradução de Cláudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

WOOD, A. *A bruxa Salomé*. Tradução de Gisela Maria Pandovan. São Paulo: Ática, 2019.

20

Sintoma na fala: manifestações de lalíngua?

Lúcia Arantes
Maria Francisca Lier-DeVitto

Para abordarmos a interrogação levantada no título sobre sintoma como manifestação de lalíngua, partimos neste capítulo da afirmação antes feita sobre a heterogeneidade entre Interacionismo em Aquisição de linguagem e Clínica de Linguagem. Temos sustentado (Lier-DeVitto; Arantes, 2022) tratar-se de dois campos que se tocam, mas que não se compõem como uma unidade isomórfica, na medida em que a expressão "Clínica de Linguagem" contém o termo "clínica" que pressiona considerações conceituais e ações específicas, que demarcam um espaço radicalmente distinto daquele que deu margem à teorização original, singular do Interacionismo sobre a relação da criança com a linguagem em sua trajetória de infante a falante.

Aquisição e Clínica são campos com objetos e objetivos distintos, a escrita da Clínica de Linguagem exigiu diálogos

com outras áreas, mais particularmente com a Psicanálise (Arantes, 2001; Fonseca, 2002; Andrade, 2003; Marcolino-Galli, 2013; Catrini, 2011, 2019), para refletir sobre a instância clínica, mais particularmente, sobre entrevistas, diagnóstico e tratamento de falas, cuja mobilidade resiste à mudança na direção da língua constituída.

Em trabalhos anteriores (Lier-DeVitto; Arantes, 2022; Lier-DeVitto, Fonseca; Arantes, 2024), estivemos voltadas para os "tangenciamentos," para aproximações entre Clínica de Linguagem e Interacionismo. Voltamos aqui a essa questão, de forma breve, com a finalidade de iluminar a distância insuperável entre a investigação de falas de criança – guiada pelo ideal de que todo infante será falante –, e a Clínica de Linguagem que recebe precisamente crianças que fracassam nessa trajetória (Lier-DeVitto; Andrade, 2011).

O ponto nodal da relação possível entre Interacionismo e Clínica de Linguagem pode ser referido ao valor do erro na economia argumentativa do Interacionismo. De fato, da posição do erro, nessa proposta, derivou tanto uma historicização crítica, relativamente ao campo da Aquisição de Linguagem, quanto à construção de uma rede teórica propositiva de interesse inequívoco para a Clínica de Linguagem. A historicização crítica colocou em destaque a higienização da fala da criança – por efeito da aplicação direta de aparatos descritivos da gramática à fala errática e cambiante de crianças –, não menos que isso, apontou para a relação estreita e negativa entre a aplicação da gramática e a atribuição de capacidades percepto-cognitivas como solo da relação criança-linguagem (De Lemos, 1982), isto é, como suporte de segmentações e recomposições do fluxo sonoro a que ela é submetida ao nascer. Disso resultou o delineamento de uma opção por uma "metalinguagem alternativa" para descrever de forma justa a assimetria em que se assenta o movimento dialógico entre mãe e criança tomado de partida como fonte de mudança na aquisição de linguagem (De Lemos, 1982, 1986).

No que diz respeito à rede conceitual propositiva do Interacionismo, ganha destaque um raciocínio estrutural em que a linguagem é funcionamento, a interação é triádica, o sujeito é cindido, marcado pelo inconsciente, De Lemos (1992, 2002, 2006) sustenta que a criança é capturada pela língua/fala, como diz ela, capturada pelo outro, como instância do "funcionamento da língua constituída", ou seja, como "instância do funcionamento linguístico discursivo". O termo "captura" tem a função

de abreviatura, quer dizer, de processos de subjetivação que são solidários ao de objetivação da linguagem. Esses argumentos teóricos se afastam de todas as vertentes guiadas pela epistemologia dualista – organismo-mundo: empirista, construtivista ou inatista.

Os argumentos propositivos e críticos da vertente interacionista produziram um ambiente de formação de pesquisadores, frequentado também por fonoaudiólogos, aproximação essa que não foi sem motivação. Afinal, sintomas são erros ainda que de natureza diversa daqueles que interessaram aos interacionistas. Vale dizer que tal distinção está no cerne da discussão que recolocamos neste capítulo. A aproximação ao Interacionismo não foi um gesto de aderência: "afinidade" não é "identidade" (Lier-DeVitto, 1994). Queremos dizer que partimos do Interacionismo, esse ambiente formador, como dissemos, mas garantindo sua posição de alteridade. Afirmar isso significa dizer que as categorias ou operadores de leitura, centrais na proposta de De Lemos, tais como interação, mudança, "erro", sujeito, outro, heterogeneidade e interpretação foram mobilizados para pensar diferenças (Lier-DeVitto, 2005, 2006, 2013).

Falas sintomáticas são erráticas, mas não se confundem com os erros da Aquisição de Linguagem, que tendem à estabilização esperada numa língua materna. Falas de crianças e falas sintomáticas partilham, numa caracterização ampla, um conjunto de atributos, ambas são imprevisíveis, insólitas e heterogêneas, mas em um aspecto elas se distinguem radicalmente: seus efeitos na escuta do outro produzem um corte entre "normal" e "patológico". Se o "erro" da aquisição da linguagem tem efeito chistoso, admitido como indício de mudança da relação da criança com a língua (Arantes, 2001), uma fala sintomática, de criança, tem efeito diverso: causa perplexidade e leva crianças à clínica (Lier-DeVitto, 2003). Falas sintomáticas cristalizam-se numa mobilidade anômala, em composições morfológicas, sintáticas e semânticas perturbadoras, profundamente resistentes à incidência do outro. Vale acrescentar que falas sintomáticas podem ser gramaticalmente corretas, mas ainda assim sintomáticas, como se pode ver no segmento abaixo:

Segmento 1 – Terapeuta (T) e paciente (M) falando sobre um programa de televisão que foi popular no Brasil:

T: Ah, você gosta do show do milhão?

M: Eu gosto, gosto de ganhá cinquenta mil.

T: Cinquenta mil? Você tem o joguinho no computador ou só assiste na televisão?

M: só assisto.

T: E você acerta bastante?

M: Acerto. Acerto bastante. Sério! faz assim / quando eu fui /

levantei, fui no banheirinho, lavei o rosto, tomei um cafezinho e depois escovei o dente e fui cuidar da minha sobrinha (Carnevale, 2008, p. 15).

Ainda que nesse segmento não haja incorreção gramatical, essa sequência é sintomática, na medida em que "faz assim" desencadeia um movimento metonímico sem retroação, e imprime uma direção discursiva indiferente ao movimento dialógico precedente. Note-se que a oposição correto/incorreto não define a oposição normal e patológico, já que não há enunciado gramaticalmente incorreto do ponto de vista morfossintático ou fonético-fonológico. Vale destacar que distorções como esta caracterizam a dispersão permanente da fala desse menino, assim como sua relação ao outro e a linguagem, e apontam para especificidade de quadros clínicos que, no caso, configuram a gravidade de estruturas psicóticas fortemente refratárias à mudança.

No segmento que apresentaremos a seguir, a situação é outra:

Segmento 2 – Terapeuta e criança conversando sobre o final de semana:

T: Você foi, foi com quem no casamento?

V: Eu, meu pai, o João, pai dele, né?

A Ana, minha mãe, e o meu irmão

e o primo do meu irmão, o Elton, né?

Que se chama e eu.

T: Quem é o João? E a Ana?

V: Ana? Eles dois, ahn ... fi ... o Elton ... a mãe, a Ana, é a mãe do Elton. O pai, é o pai do Elton. Aí minha mãe é meu pai e do

meu irmão, né? Só, aí e a Ana e o João, ó. Eles têm um filho, né?
Um filho, o Elton. Aí são ele mermo.

T: Entendi nada de nada, Vã (Arantes, 2001, p. 151).

Nesse segmento, chama a atenção a fala-sintoma da menina que, a partir de uma pergunta da terapeuta "você, foi, foi com quem no casamento?", produz um dizer-relato, cuja sequenciação é tecida "sem sair do mesmo lugar": nomes de pessoas e relações de parentesco se embaralham e confundem a fonoaudióloga. Em outras palavras, a fala aprisiona a criança numa anomalia, isto é, num movimento metonimicamente metafórico cuja sequência não se aproxima de uma cadeia da língua constituída, embora o arcabouço melódico seja reconhecível. Interessa acrescentar que a clínica testemunha que falas atrapalhadas, como esta, deixam o clínico à deriva.

Menção feita ao funcionamento da língua, indicamos o ponto de tangenciamento admissível entre erro na fala de criança e sintoma na fala de crianças ou de adultos. O passo em direção ao Estruturalismo Europeu de Saussure e Jakobson, realizado por De Lemos (1992) no Interacionismo, ofereceu a possibilidade de uma caracterização positiva, propriamente linguística, não só de erros em falas de crianças, como também de falas sintomáticas- manifestações, estas resistentes a descrições gramaticais que higienizam falas irregulares. Essas falas deixam de ser tratadas como violações de regras ou como manifestações desviantes. Resumidamente, o fato é que sintoma não é "erro" ocasional, logo os parâmetros acerto/erro ou correto/incorreto não cumprem o papel que deles se espera. Isso porque implicar as leis universais de referência interna da língua, volta a escuta para a articulação significante manifesta, ou seja, para a possibilidade de tomá-las como combinatórias possíveis do jogo da língua, isto é: como produtos de relações dinâmicas entre os elementos que compõem sequências e cadeias linguísticas. Esse é o ponto de tangenciamento entre Aquisição de Linguagem e Clínica de Linguagem que estenografa tanto argumentos críticos quanto propositivos referentes à linguagem e ao sujeito.

Assim, uma questão central para a Clínica de Linguagem diz respeito à natureza do sintoma na fala. Os segmentos apresentados deixam ver que o sintoma expõe uma diferença profunda, uma marca na fala

que implica o próprio falante e o isola dos outros falantes de uma língua (Lier-DeVitto, 2002). Da noção de sintoma participam o ouvinte, que não deixa passar uma diferença e o falante, que não pode passar a outra coisa (Lier-DeVitto; Arantes, 1998). O sintoma na fala produz impasse na relação criança-outro, é fonte de sofrimento, ele instala uma desesperança relativamente à mudança. Não é sem razão que o sintoma tenha sido definido na Clínica de Linguagem como ocorrência que descostura o laço social, produz fratura na ilusão de semelhante (Fonseca, 2002). Em outras palavras, o sintoma abala o necessário jogo identificatório entre falantes.

Entretanto, se a leitura da densidade significante da fala pode ser abordada por meio do diálogo teórico com o Interacionismo, outros passos foram necessários para que a especificidade do acontecimento clínico fosse apreendida. Se, conforme afirmamos, a distinção erro e sintoma depende diretamente do efeito da fala na escuta do falante, é imperativo que seja feita uma indagação sobre a especificidade da clínica. A escrita da clínica exige mais: exige o enfrentamento do desconforto que o estranho do sintoma ali introduz e da fala viva, que é indissociável do corpo, da voz e das vivências do corpo falante, é a fala viva que ocupa a cena clínica (Lier-DeVitto, 2004). Ao receber a criança, recolhe-se seu sofrimento, quer dizer, não só seu modo singular de relação com a linguagem, mas também é incontornável escutar o modo como ela se apresenta com seus movimentos, gestos silêncios. Enfim, a clínica é instituída por duas presenças vivas e ativas, constitutivas e constituintes da cena clínica, que é movida a cada passo pelo instante, ela não opera à distância: escuta e ato se inscrevem no tempo da concomitância. Apontamos, assim, para a diferença radical entre análise de corpora de falas de crianças (De Lemos, 2003) e a fala-viva que comanda o instante clínico (Lier-DeVitto, 2004; Arantes, 2001).

É na clínica que se experimenta a diferença radical entre erro e sintoma. Procuramos marcar aqui a linha fronteiriça que separa de forma decisiva Interacionismo e Clínica de Linguagem. Resumidamente, se a reflexão sobre o erro é ponto de tangenciamento entre os campos – Interacionismo e Clínica de Linguagem –, ele é também exigência de distanciamento. O erro é linha que aproxima e separa os dois campos: Aquisição e Clínica de Linguagem.

Procuramos, ao longo deste texto, abordar aspectos que diferenciam sintoma na fala de erros em fala de crianças. Para efeito da discussão, aquela que nos propomos realizar aqui, destacamos o que nos parece essencial e que abre um diálogo com a Psicanálise por introduzir uma problemática, que coloca frente a frente sintoma e equívoco na fala. Colocamos em perspectiva, para isso, o entendimento de falas sintomáticas que se cristalizam em uma mobilidade anômala, resistente à mudança, resistente à incidência do outro. Cristalização e resistência são marcas decisivas da noção de sintoma na fala. Passemos, então, à questão de lalíngua, que adquire valor conceitual na obra de Lacan, em que inconsciente e equívoco articulam-se. Entendemos que a noção de lalíngua, que sustenta a de equívoco em Psicanálise, pode abrir direções argumentativas importantes seja para a distinção entre erro e sintoma, seja o próprio aprofundamento da concepção de sintoma na fala.

Esta palavra inédita, "lalíngua", decorre, como é sabido, de um lapso de Lacan (1985) em que segmentos de nomes próprios – Lalande, Laplanche, Lagache – ressoam em eco – sem esquecer o nome próprio de quem o produziu: Lacan. Lapso faz remissão a formações do inconsciente e seu modo de manifestação, em outras palavras, lapso é equívoco, é inesperado, é surpreendente. Como formação do inconsciente, o lapso irrompe na fala, mas ali faz seu aparecimento como "estranho". O lapso é, acompanhando Lacan, "aquilo que não cessa de não se escrever" (Lacan, 1985, p. 127)[1].

Em lalíngua:

> [...] se enraíza toda uma série de fenômenos que Freud catalogou e que vão do sonho [...] a todas as espécies de outros enunciados que em geral, se apresentam como equívocos [...] e é sempre a partir de uma forma linguística que esses fenômenos se interpretam e isso mostra... mostra aos olhos de Freud que um certo núcleo de impressões linguageiras está no fundo de tudo o que se pratica humanamente, de que não há exemplo disso a não ser nesses 3 fenômenos – o sonho, o lapso [...] e a terceira categoria, o equívoco do chiste (Lacan, 1976).

1 Para uma discussão sobre lalíngua, língua materna na Aquisição de Linguagem, ver: Carvalho (2022, 2023).

O lapso e as demais formações do inconsciente são, como assinalou Lacan (1985), a ponta do contingente, a própria natureza do equívoco. Disso, parte De Lemos (2015) ao dizer que lalíngua é da ordem do acontecimento: é inconsciente em ato, lalíngua é equívoco que se serve de uma língua para dizer que ela é "não toda", consequência teórica da reflexão que o autor teceu a partir de seu lapso. Lembramos nesse ponto Milner (2012), quando enuncia que "tudo não se diz".

Isso posto, é bem hora de perguntar se o sintoma na fala tem a natureza do equívoco. Ainda que se deva admitir que as falas sintomáticas mostrem, de forma escandalosa, que uma língua é não toda, parece-nos precipitado assimilá-las ao conceito de lalíngua, tendo em vista sua estabilidade, sua estabilização num movimento anômalo, apontando para uma singularidade que a distância da manifestação abrupta do equívoco, reconhecível como sendo da ordem do contingente, que irrompe num ponto da cadeia e surpreende ao suspender, abruptamente, o saber da língua materna e, por consequência, o conforto do falante que a habita. Falas sintomáticas desorganizam o diálogo, perturbam o laço identificatório que opera entre falantes de uma mesma língua, falas sintomáticas isolam o falante em sua língua, dado que se apresentam como um abalo sistemático no corpo da fala ou na relação do falante com a linguagem.

Estas colocações preliminares, que serão desenvolvidas em trabalho posterior, não ignoram ou recusam a proposição de que em falas sintomáticas há sujeito desejante e que, sendo assim, por alguma brecha o equívoco faça presença, presença nem sempre fácil de apreender em falas falhas e faltosas. Nelas, por certo, o inconsciente se manifesta. Com esta promessa de retorno à relação entre sintoma na fala e equívoco, justificamos a interrogação inscrita no título deste trabalho e inauguramos, assim, uma discussão necessária.

Referências

ARANTES, L. *Diagnóstico e Clínica de Linguagem*. 2001. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

ANDRADE, L. *Ouvir e escutar na constituição da Clínica de Linguagem*. 2003. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

CARNEVALE, L. *O falante entre cenas*: descaminhos da comunicação na deficiência mental. 2008. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

CARVALHO, G. M. M. Jogos de ressonância: notas sobre perdas na "aquisição" de linguagem. *Cuadernos de La ALFAL*, Montevidéu, v. 2, n. 14, p. 210-224, 2022.

CARVALHO, G. M. M. Língua materna e ressonâncias da palavra na fala das crianças. *Conexão Letras*, Porto Alegre, v. 18, n. 29, p. 1-15, 2023.

CATRINI, M. *Apraxia*: a complexa relação entre corpo e linguagem. 2011. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

CATRINI, M. *Apraxia*: sobre a complexa relação entre corpo e linguagem. Salvador: Edufba, 2019.

DE LEMOS, C. T. G. Corpo e *corpus*. *In*: LEITE, N. (org.). *Corpo e linguagem*: gestos e afetos. Campinas: Mercado da Letras: FAEP: Unicamp, 2003. p. 21-30.

DE LEMOS, C. T. G. Das viscissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, n. 42, p. 41-69, 2002.

DE LEMOS, C. T. G. Interacionismo e aquisição de linguagem. *Delta*: Documentação e Estudos em Linguística Teórica e Aplicada, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 231-248, 1986.

DE LEMOS, C. T. G. Lalíngua: acontecimento e transmissão. *In*: ASSOCIATION DE PSYCHANALYSE ENCORE (org.). *Savoir faire avec lalangue*. Campinas: Mercado da Letras: FAEP: Unicamp, 2015. p. 39-50.

DE LEMOS, C. T. G. Los processos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. *Substratum*, Barcelona, v. 1, n. 1, p. 121-135, 1992.

DE LEMOS, C. T. G. Sobre a aquisição da linguagem e seu dilema (pecado) original. *Boletim da Abralin*, Recife, v. 3, p. 97-126, 1982.

DE LEMOS, C. T. G. Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição da Linguagem. *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: PUCSP, 2006. p. 21-32.

FONSECA, S. C. *O afásico na clínica de linguagem*. 2002. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

LACAN, J. *De James Joyce como sintoma*. Lyon, 2000. (Conferência pronunciada em 24 de janeiro de 1976 no Centre Universitaire Mediterranéen em Nice).

LACAN, J. *O Seminário, livro 20*: mais, ainda. Tradução de M. D Magno. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

LIER-DEVITTO, M. F.; ANDRADE, L. A abordagem do erro na fala e na escrita: aquisição, alfabetização e clínica. *In*: SIMPÓSIO NACIONAL DE LETRAS E LINGUÍSTICA, 2., 2011, Uberlândia. *Anais* [...]. Uberlândia: EDUFU, 2011.

LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. Assimetria interacional e comunicação: Fonoaudiologia e Clínica de Linguagem. *Cuadernos de La ALFAL*, Montevidéu, v. 2, n. 14, p. 253-264, 2022.

LIER-DE VITTO, M. F.; ARANTES, L. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 65-71, 1998.

LIER-DEVITTO, M. F. Correlações entre falas de crianças e falas sintomáticas: aquisição e patologia de linguagem. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 311-312, 2013.

LIER-DEVITTO, M. F. Falas sintomáticas: fora de tempo, fora de lugar. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, Campinas, v. 47, n. 1/2, p. 143-150, 2005.

LIER-DEVITTO, M. F. (org.). *Fonoaudiologia*: no sentido da linguagem. São Paulo: Cortez, 1994.

LIER-DEVITTO, M. F.; FONSECA, S. C.; ARANTES, L. Clínica de Linguagem: sob efeito da novidade saussuriana. *Delta*: Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 1-18, 2024.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da linguagem: sobre as "vicissitudes de falas sintomáticas". *In*: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. (org.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC: FAPESP, 2006. p. 183-200.

LIER-DEVITTO, M. F. Patologias da linguagem: subversão posta em ato. *In*: LEITE, N. (org.). *Corpo e linguagem*: gestos e afetos. Campinas: Mercado da Letras: FAEP: Unicamp, 2003. p. 233-246.

LIER-DEVITTO, M. F. Questions on the normal-pathological polarity. *Revista da Anpoll*, Porto Alegre, v. 1, n. 12, p. 169-186, 2002.

LIER-DEVITTO, M. F. Sobre a posição do investigador e a do clínico frente a falas sintomáticas. *Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 47-59, 2004.

MARCOLINO-GALLI, J. F. *A relação memória-linguagem nas demências*: abrindo a caixa de pandora. 2013. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

MILNER, J. C. *O amor da língua*. Tradução de Paulo Sérgio de Souza Júnior. Campinas: Unicamp, 2012.

Sobre as autoras

Amanda Mont'Alvão Veloso Rabelo

Psicanalista, mestre e doutoranda em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).
E-mail: amanda.monveloso@gmail.com

Ana Augusta Monteiro

Psicanalista e mestre em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).
E-mail: ana.monteiro@uol.com.br

Ana Carolina Prisco

Fonoaudióloga, mestre e doutoranda em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).
E-mail: ana-prisco@hotmail.com

Brenda Sousa

Fonoaudióloga pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), mestre e doutoranda em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Integrante da equipe do Projeto Entrelaços da Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios

da Comunicação (Derdic), Centro Especializado em Reabilitação (CER II) da PUC-SP.
E-mail: brendasousa1994@hotmail.com

Eliane de Christo

Psicanalista e jornalista. Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Autora dos livros *Mulher de palavra: encantada, mal-dita, bem dita, Anália Franco, a educadora e seu tempo* e *O menino que rasgou a nuvem*.
E-mail: eliane@fototerra.com.br

Fernanda Fudissaku

Fonoaudióloga do Serviço de Patologia da Linguagem da II Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela PUC-SP.
E-mail: ffudissaku@pucsp.br

Juliana Marcolino-Galli

Fonoaudióloga. Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Docente adjunta do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro). Coordenadora do Laboratório de Estudos da Linguagem (Lalíngua-Unicentro).
E-mail: jfmarcolino@unicentro.br

Lourdes Andrade

Fonoaudióloga e psicanalista. Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Fonoaudióloga responsável pelo Serviço de Patologia da Linguagem da Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic), Centro Especializado em Reabilitação (CER II) da PUC-SP. Coordenadora técnica do projeto "Entrelaços entre Artes" da DERDIC-CER II em parceria com a Fundação Crespi-Prado de Apoio às Artes.
E-mail: lourdes.andrade071@gmail.com

Lúcia Arantes

Fonoaudióloga do Serviço de Patologia da Linguagem da Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic), Centro Especializado em Reabilitação (CER II) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela PUC-SP. Vice-coordenadora do Curso de Fonoaudiologia e Chefe do Departamento de Clínica Fonoaudiólogica e Fisioterápica da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde (FACHS) da PUC-SP. Docente do Departamento de Teorias e Métodos em Fonoaudiologia e Fisioterapia e do Programa de Pós-Graduação de Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem da PUC-SP. Vice-líder do grupo de pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, certificado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).
E-mail: larantes@pucsp.br

Luciana Branco Carnevale

Fonoaudióloga. Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Docente Adjunta do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro). Pós-doutoranda em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela PUC-SP.
E-mail: lucicarnevale@unicentro.br

Maria Francisca Lier-DeVitto

Psicanalista. Doutora em Linguística pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professora titular no Departamento de Linguística da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Pesquisadora e docente do Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem da PUC-SP. Membro do Serviço de Patologias da Linguagem na Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic), Centro Especializado em Reabilitação (CER II) da PUC-SP, e coordenadora do Centro de Atendimento a afásicos e do Projeto Entrelaços. Líder do grupo de pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, certificado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).
E-mail: mf.devitto@gmail.com

Mariana Elza Tomaselli Emendabili

Fonoaudióloga. Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Psicanalista em formação pelo Fórum do Campo Lacaniano desde 2020.
E-mail: mariemendabili@homail.com

Mariana Trenche de Oliveira

Fonoaudióloga. Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).
E-mail: maritrenche@hotmail.com

Melissa Catrini

Fonoaudióloga. Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Professora associada I do Departamento de Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (PPG-REAB) do Instituto Multidisciplinar de Reabilitação e Saúde (IMRS)da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Coordenadora do Centro de Atendimento ao Afásico (CAAf) da UFBA.
E-mail: melissa.catrini@ufba.br

Michelly Daiane de Souza Gaspar Cordeiro

Fonoaudióloga. Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Docente colaboradora do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro).
E-mail: mdscordeiro@unicentro.br

Paola Lurian Silva

Fonoaudióloga. Mestre em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Docente colaboradora do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro).
E-mail: silva.paolalurian@gmail.com

Roseli Vasconcellos

Fonoaudióloga. Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Pós-doutorado em Linguística e Língua Portuguesa pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), campus Araraquara.
E-mail: roseli.vasconcellos13@gmail.com

Sabrina Pereira dos Santos

Fonoaudióloga. Mestre e doutoranda em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).
E-mail: sabrinapsantos00@gmail.com

Silvana Zajac

Professora. Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Presidente do Centro de Formação de Educadores da Escola Básica e docente da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Líder do Grupo de Pesquisas da Libras e Educação de Surdos.
E-mail: silvana.zajac@unifesp.br

Suzana Carielo da Fonseca

Fonoaudióloga. Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Docente e pesquisadora dessa mesma instituição. Fonoaudióloga clínica na Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic), Centro Especializado em Reabilitação (CER II) da PUC-SP. Profissional responsável pelo Centro de Atendimento a Afásicos (CAAf) da Derdic-PUC-SP.
E-mail: suzanafonseca30@gmail.com

Tatiana Lanzarotto Dudas

Fonoaudióloga. Doutora em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Membro do Grupo de Trabalho "Formação do Fonoaudiólogo" e coordenadora do Grupo de Trabalho "Comunicação Suplementar e Alternativa e Clínica de Linguagem" do Comitê de Comunicação Suplementar e Alternativa do Departamento de Linguagem da Sociedade Brasileira

de Fonoaudiologia (SBFa). Membro da diretoria expandida da International Society for Augmentative and Alternative Communication – Brasil (ISAAC-Brasil).
E-mail: tatidudas@hotmail.com

Formato: 17 x 24 cm
Fontes: Tiempos Text | Nunito
Noto Serif | Aboreto
Miolo: Papel Off-Set 75 g/m²
Capa: Cartão Supremo 300 g/m²
Impressão: MD Representações
Tiragem: 500 exemplares

Este livro contém um conjunto de trabalhos que desenvolve reflexões teórico-clínicas originais relativas ao diagnóstico e tratamento de crianças, adultos e idosos com queixas de problemas/sintomas na fala. As discussões, relevantes e atuais, interessam não só à Clínica de Linguagem, mas também a outros campos: Fonoaudiologia, Linguística, Educação, Psicologia e Psicanálise. Com esta obra, comemoram-se 25 anos da construção de um pensamento clínico importante.

fapesb
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia

GOVERNO DO ESTADO
BAHIA
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

ISBN 978-65-5630-828-9